

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLE VENEZIE
LEGNARO (PD)

“Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie 2026-2028” comprensivo dei relativi allegati

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
con funzioni di segretario
Dott. Massimo Romano

IL PRESIDENTE
dott. Stefano de Rui

Documento firmato in originale e conservato a norma di legge.

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

(PIAO)

2026-2028



Sommario

PREMESSA	4
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA	5
1.1 CHI SIAMO: NATURA E SCOPO DELL'ENTE	6
1.2 MISSION, VISION E ATTIVITA' DELL'ISTITUTO	7
1.2.1 GLI INTERLOCUTORI O STAKEHOLDER	8
1.3 ORGANIZZAZIONE DELL'ENTE	9
1.3.1. ASSETTO ISTITUZIONALE	9
1.3.2 MODELLO ORGANIZZATIVO	9
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	10
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE E VALORE PUBBLICO	11
2.1.1 CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO	11
2.1.2 LE STRATEGIE DI VALORE PUBBLICO DELL'IZSVE	14
2.1.3 ACCESSIBILITA' FISICA	22
2.1.4 ACCESSIBILITÀ DIGITALE	23
2.1.5 MISURE PREVISTE DALL'AGENDA DIGITALE	23
2.1.6 PIANO DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE DOTAZIONI STRUMENTALI E INFORMATICHE	23
2.1.7 LA POLITICA DELLA QUALITA': SISTEMI QUALITÀ E ACCREDITAMENTO	24
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE	25
2.2.1. CICLO DELLA PERFORMANCE	25
2.2.2 RELAZIONE PROGRAMMATICA	26
2.2.3 MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE	42
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	43
2026 - 2028	43
PARTE GENERALE	43
2.3.1 INTRODUZIONE	43
2.3.2 ANAGRAFICA	44
2.3.3 INTRODUZIONE: OBIETTIVI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	44
2.3.4 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO	44
2.3.5 MAPPATURA DEI PROCESSI, CON ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO	55
2.3.6 TRATTAMENTO E MONITORAGGIO DEL RISCHIO: IDENTIFICAZIONE, PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE E DEGLI INDICATORI ANTICORRUZIONE A GARANZIA DELL'IMPARZIALITÀ E DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	57
2.3.7 CALENDARIO DELLA PROGRAMMAZIONE 2026 - 2028	71
2.3.8 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - TRASPARENZA	72
PARTE FUNZIONALE	74

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	75
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	76
3.1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA INTERNA	76
3.1.2 LIVELLI DI RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA – DIRIGENTI E INCARICHI DI FUNZIONE.....	83
3.1.3 NUMERO DI DIPENDENTI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE	83
3.1.4 MISURE PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITÀ E L'EQUILIBRIO DI GENERE.....	85
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	89
3.2.1 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	89
3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	93
3.3.1 INTRODUZIONE.....	93
3.3.2 CONSISTENZA DI PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2025	93
3.3.3 LA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE	95
3.3.4 RICERCA.....	97
3.3.5 LA MODIFICA DELLA DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE FRA SERVIZI/SETTORI/AREE.....	99
3.3.6 MODIFICA DEL PERSONALE IN TERMINI DI LIVELLO/INQUADRAMENTO.....	99
3.3.7 LA STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO	99
3.3.8 ATTIVITÀ TRASVERSALI PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	101
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	103
3.4.1 MONITORAGGIO.....	110
3.4.2 POLITICHE DI PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO E DI CONCILIAZIONE.....	110
4 SEZIONE MONITORAGGIO	112

Allegati:

- *Allegato 1 – Mappatura Processi, valutazione del rischio*
- *Allegato 2 – Tabella delle misure di trattamento*
- *Allegato 3 – Elenco degli obblighi di pubblicazione*
- *Allegato 4 – Schema patto di integrità*
- *Allegato 5 – Gender Equality Plan (GEP)*

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 Pubblica 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 2025-2027 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 fisica e digitale alle amministrazioni da parte dei cittadini con disabilità;
- le misure per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA

1.1 CHI SIAMO: NATURA E SCOPO DELL'ENTE

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSve) è un ente sanitario che persegue obiettivi di salute pubblica svolgendo attività di controllo e sorveglianza, ricerca scientifica e servizi specializzati negli ambiti della salute animale, dei rischi alimentari, delle zoonosi e della tutela ambientale. 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. La sede centrale si trova a Legnaro, in provincia di Padova. L'ente ha inoltre 10 laboratori territoriali distribuiti in diverse province del territorio di competenza. Collabora inoltre con le principali organizzazioni nazionali e internazionali che si occupano di sanità animale e sicurezza alimentare. Svolge il ruolo di centro di riferimento nazionale e internazionale su specifiche tematiche per il Ministero della Salute, l'Organizzazione mondiale della sanità animale (WOAH) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO).

Sede Centrale

Legnaro, Padova
Viale dell'Università 10, 35020 Legnaro (PD)
Tel: 049 8084211 (Centralino)
E-mail: comunicazione@izsvenezie.it | PEC: izsvenezie@legalmail.it
C.F. / P.IVA: 00206200289

Sezioni territoriali – Veneto

Belluno
Via Fiorenzo Tomea, 5 – 32100 Belluno
Tel. 0437 944746
E-mail: at2bl@izsvenezie.it

Rovigo
Via L. Da Vinci, 39 – 45011 Adria (RO)
Tel. 0426 21841
E-mail: at3ad@izsvenezie.it

Treviso
Vicolo Mazzini, 4 int 5/6 – 31020 Fontane di Villorba (TV)
Tel. 0422 302302
E-mail: at2tv@izsvenezie.it

Venezia
Via Calvecchia, 4 – 30027 San Donà di Piave (VE)
Tel. 0421 41361
E-mail: at2sd@izsvenezie.it

Verona
Via Bovolino, 1/C – 37060 Buttapietra (VR)
Tel. 045 500285
E-mail: at1vr@izsvenezie.it

Vicenza
V.le Fiume, 78 – 36100 Vicenza
Tel. 0444 305457
E-mail: at1vi@izsvenezie.it

Sezioni territoriali – Friuli Venezia Giulia

Pordenone
Via Bassa del Cuc, 4 – 33084 Cordenons (PN)
Tel. 0434 41405
E-mail: at4pn@izsvenezie.it

Udine
Via della Roggia, 100 – 33030 Basaldella di Camporformido (UD)
Tel. 0432 561529
E-mail: at4ud@izsvenezie.it

Sezioni territoriali – Trentino Alto Adige

Bolzano
Via Laura Conti, 4 – 39100 Bolzano
Tel. 0471 633062
E-mail: at6bz@izsvenezie.it

Trento
Via Lavisotto, 129 – 38121 Trento
Tel. 0461 822458
E-mail: sct5.trento@izsvenezie.it

Sito web e social media

Sito web: www.izsvenezie.it | www.izsvenezie.com

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/izsvenezie/>

Facebook: <https://www.facebook.com/izsvenezie>

Instagram: <https://www.instagram.com/izsvenezie/>

YouTube: <https://www.youtube.com/izsvenezie>

1.2 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.

Gli obiettivi principali 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.

Attività di Ricerca

In linea con il mandato istituzionale l'IZSVE effettua studi e ricerche, piani di sorveglianza e progetti di ricerca e collaborazione scientifica nei campi della sanità animale e delle zoonosi, del benessere animale e della sicurezza alimentare. I progetti dell'IZSVE sono condotti per soddisfare le esigenze e i bisogni conoscitivi di organizzazioni locali, nazionali e internazionali e sono variamente finanziati da Ministeri ed enti pubblici in generale, Unione Europea/Enti Internazionali, PNRR-PNC.

Centri di Riferenza Nazionale e Centri Internazionali

I Centri di riferimento 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. L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVE) è sede di 7 Centri di riferimento nazionale. Alcuni dei laboratori e dei Centri di riferimento nazionale dell'IZSVE sono anche laboratori di riferimento a livello internazionale.

Centri di riferimento nazionale

Apicoltura
Influenza aviaria e malattia di Newcastle
Interventi assistiti con gli animali
Ricerca scientifica sulle malattie infettive nell'interfaccia uomo/animale
Studio e diagnosi delle malattie dei pesci, molluschi e crostacei
Rabbia
Salmonellosi

Laboratori nazionali di riferimento

Malattie delle api
Influenza aviaria e malattia di Newcastle
Malattie dei crostacei
Malattie dei molluschi bivalvi
Malattie dei pesci
Nanomateriali negli alimenti
Rabbia
Salmonellosi

Centri internazionali

Laboratori di referenza WOAH

Encefalo-retinopatia virale dei pesci marini
Influenza aviaria e malattia di Newcastle
Rabbia
Micolplasmosi aviarie
Salmonellosi

Centri di collaborazione WOAH

Ricerca scientifica sulle malattie infettive nell'interfaccia uomo/animale
Epidemiologia, formazione e controllo delle malattie aviarie emergenti

Laboratorio di referenza europeo (EURL)

Influenza aviaria e malattia di Newcastle

Centri di referenza FAO

Coronavirus zoonotici
Apicoltura, salute delle api e biosicurezza
Influenza animale e la malattia di Newcastle
Rabbia

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.

1.2.1 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.

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);
- WOAH;
- FAO;
- Centri di Referenza Comunitari e di Paesi Esteri;
- Ministero della Salute (Comitato di Supporto Strategico; Uffici Veterinari per gli Adempimenti Comunitari – UVAC; Posti di Controllo Frontalieri – PCF)
- Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste (MASAF)
- Istituto Superiore di Sanità
- 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 cogherenti, dallo Statuto adottato dal Consiglio di Amministrazione e da ultimo modificato con DCA n. 12/2021.

Organi dell'Istituto:

- Consiglio di Amministrazione
- Direttore Generale
- Collegio dei Revisori

Altri Organismi:

- Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)
- Organismo paritetico per l'innovazione (OPI)
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
- Servizio Ispettivo
- Comitato Etico
- Organismo preposto al benessere degli animali (OPBA)

1.3.2 MODELLO ORGANIZZATIVO

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

SEZIONE 2
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE
E ANTICORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE E VALORE PUBBLICO

2.1.1 CONTESTO TERRITORIALE DI RIFERIMENTO

Il contesto produttivo agrozootecnico del Triveneto

A livello nazionale, nel 2024 il settore dell'agricoltura, silvicoltura e pesca ha registrato un andamento positivo: la produzione del settore agricolo ha visto un incremento in volume dello 0,7%. La componente relativa ai beni agricoli è cresciuta dello 0,8%, con andamenti analoghi nei comparti delle coltivazioni e della zootecnia. Sono cresciuti anche i prezzi di vendita, anche se meno rispetto al 2023 (ISTAT, *Andamento dell'economia agricola | anno 2024*).

PRODUZIONE (MILIONI DI EURO) – Anno 2024					
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Triveneto	Italia
Produzione della branca agricoltura, silvicoltura e pesca - 2024	8.325	1.577	3.147	13.049	77.149
Produzione della branca agricoltura, silvicoltura e pesca - 2023	7.919	1.559	3.053	12.531	76.962
Produzione della branca agricoltura, silvicoltura e pesca - 2022	8.015	1.659	2.871	12.545	74.659

VALORE AGGIUNTO (MILIONI DI EURO) – Anno 2024					
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Triveneto	Italia
Valore aggiunto branca agricoltura, silvicoltura e pesca - 2024	4.233	673	2.407	7.287	43.932
Valore aggiunto branca agricoltura, silvicoltura e pesca - 2023	3.758	578	2.307	6.209	39.847
Valore aggiunto branca agricoltura, silvicoltura e pesca - 2022	3.979	691	2.084	5.990	37.771

Fonte: ISTATdata, *Produzione e valore aggiunto ai prezzi base, Luglio 2025*

Allevamenti – Anno 2025				
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Italia
Avicoli **	2.828	454	319	11.160
Bovini e bufalini *	9.560	1.544	9.195	117.538
Equidi (asini, bardotti, cavalli, muli)*	13.243	3.132	5.769	170.650
Ovini – Caprini *	4.527	1.509	6.157	106.518
Suini *	5.238	1.153	3.518	91.105
Acquacoltura (crostacei, molluschi, pesci) *	914	217	197	3.685
Apicoltura (numero apicoltori)	10.412	2.169	7.131	78.024

Fonte: Servizio informativo veterinario - Statistiche

* aggiornata al 30.06.25

** aggiornata al 30.11.25

Capi allevati – Anno 2025				
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Trentino Alto Adige	Italia
Avicoli **	47.029.151	6.054.961	811.261	148.502.729
Bovini e bufalini *	710.522	70.960	162.859	5.738.188
Equidi (asini, bardotti, cavalli, muli)*	22.518	5.535	11.462	412.872
Ovini – Caprini *	78.391	23.295	113.553	6.347.249
Suini *	686.648	239.961	9.771	7.976.955
Apicoltura (numero apiari) *	18.995	4.673	11.377	190.798

Fonte: Anagrafe Nazionale Zootecnica

* aggiornata al 30.06.25

** aggiornata al 30.11.25

Dati produttivi di macellazione del Triveneto: numero capi - Anno 2025				
	Veneto	Friuli Venezia Giulia	P.A. Trento e Bolzano	Italia
Bovini e bufalini	752.880	4.172	20.331	2.410.197
Equidi	2.851	67	75	20.842
Ovini e caprini	18.580	2.775	22.359	2.395.566
Suini	349.676	57.340	73.466	9.035.421
Avicoli (Polli, galline, tacchini)	233.217.538	-	2.580	585.131.506

Fonte: Anagrafe Nazionale Zootecnica

Zootecnia

Veneto. L'intero comparto agricolo nel 2024 ha generato valore per circa 8 miliardi di euro, registrando un incremento del 4% rispetto all'anno precedente, però dovuto alla crescita dei prezzi e non da un aumento della quantità di produzione, che al contrario ha registrato una contrazione. La presenza di capi di allevamento sul territorio regionale mostra un'incidenza diversificata rispetto alla consistenza nazionale delle diverse tipologie; considerando l'anno 2024, la produzione di carne bovina, considerando le macellazioni (circa 730.000), si conferma stabile (-0,4%), mentre per il settore suinicolo, la cui produzione regionale è concentrata soprattutto nelle province di Verona e Treviso, nel 2024 è aumentata arrivando a 740mila capi. Il comparto avicolo da carne si conferma il più rilevante per quanto riguarda il fatturato, che supera il miliardo di euro, anche se con un calo del 4,5% rispetto al 2023. Crescono invece i capi macellati: +3,6% per i polli e +6,8% per i tacchini, per un totale di 223 milioni di capi (Regione del Veneto, *Rapporto statistico 2025*).

Friuli Venezia Giulia. Nel 2024, per quanto riguarda gli allevamenti, si è registrato un calo del 4,1% rispetto al 2023. D'altro canto i capi allevati, che sono circa 39 milioni, hanno segnato un analogo aumento. L'allevamento del bovino rappresenta circa la metà di tutti gli allevamenti (46,7%), seguito da suini, ovicaprini e avicoli (rispettivamente 18,2%, 18,9% e 9,7%). Nel 2024 sono stati allevati complessivamente 20.474 bovini destinati alla produzione di carne, in aumento dell'1,5% sul 2023, anche se la domanda interna ha registrato un calo del 2,2%, probabilmente dovuto all'incremento dei prezzi. (ERSA, *Rapporto 2024 sulla congiuntura del settore agricolo in Friuli Venezia Giulia*, giugno 2025).

Trento. Gli alveari e i caprini sono le tipologie di capi che contribuiscono maggiormente ai rispettivi totali nazionali (2,1% per gli alveari, 1,1% per i caprini). L'incidenza dei bovini e degli ovini è estremamente ridotta (0,8% e 0,7% rispettivamente); sono trascurabili le altre tipologie di allevamento (ISTAT, *L'agricoltura nelle regioni italiane*, 2024).

Bolzano. Bovini (123.264 capi), caprini (29.286 capi) e ovini (36.735 capi) sono le tipologie di capi più rappresentative degli allevamenti altoatesini. Il settore apistico, che nelle due annate precedenti aveva consegnato risultati molto buoni per gli apicoltori, nel 2024 ha evidenziato un panorama frastagliato: se in alcune zone la produzione del miele si è confermata molto buona, in altre il raccolto è stato molto scarso: In ogni caso il numero di apiari e di apicoltori continua a registrare una crescita ormai decennale: se nel 2013 si contavano 3.027 apicoltori con 34.992 apiari, nel 2024 il numero è passato a 4.523 apicoltori con 41.393 apiari (Provincia autonoma di Bolzano, *Relazione agraria & forestale 2024*).

Pesca

Per quanto riguarda il settore della pesca, nel corso del 2023 si continua a registrare, a livello nazionale, un calo generalizzato della produzione ittica pari (-7,5% rispetto al 2022): nel dettaglio, i molluschi registrano un -4%, i pesci l'11% (per alici, sarde e sgombri la diminuzione è del -26,6%, controtendenza per il tonno che incrementa del 10%), mentre i crostacei sostanzialmente confermano il trend dell'anno precedente (+0,4 per cento). La produzione è passata da 1.258.390 quintali a 1.163.510, proseguendo quel *trend* negativo che persiste da anni; nel 2018 il totale del pescato superava i 1.900.000 quintali (Istat, *Annuario statistico nazionale*, 2025).

Veneto e Friuli Venezia Giulia continuano a contribuire, come l'anno precedente, con circa il 13,6% al totale del pescato, mentre il solo Veneto, con 66mila quintali, è la regione con la maggiore produzione di alici, sarde e sgombri, registrando tuttavia una diminuzione di più di 37mila quintali rispetto all'anno precedente (104mila quintali).

A livello macro, il volume dei prodotti della pesca nel Mar Mediterraneo nel 2024 risulta pari a 117,53 tonnellate, con un corrispondente un valore economico di 635,80 milioni di euro. Rispetto al 2023, quindi, si è registrato un calo di ricavi di circa il 5% a fronte di una sostanziale conferma della produzione. (MASAF, *Relazione annuale sugli sforzi compiuti dall'Italia nel 2024 per il raggiungimento di un equilibrio sostenibile tra la capacità e le possibilità di pesca*, 2025).

Produzione della pesca di acquacoltura – Allevamenti - Anno 2025*			
	Pesci	Molluschi	Crostacei
Veneto	334	574	6
Friuli Venezia Giulia	124	92	1
Trentino Alto Adige/Sudtirolo	-	-	-
Italia	2.420	1.218	47

Fonte: Sistema informativo veterinario – statistiche
 Aggiornamento al 30.06.2025

Produzione della pesca marittima e lagunare nel mediterraneo per regione - Quintali - Anno 2023					
	Pesci	Molluschi	Crostacei	Quantità	% totale
Veneto	87.240	49.880	6.030	143.150	12,3
Friuli Venezia Giulia	6.880	6.780	2.200	15.860	1,4
Italia	699.620	311.020	152.870	1.163.510	100

Fonte: ISTAT Annuario statistico italiano 2025

Tra i fattori negativi si segnala la conferma della presenza e dell'enorme diffusione del granchio blu (la Regione del Veneto nei primi sei mesi del 2024 ha registrato 687 tonnellate di catture, 50 tonnellate in più rispetto alla totalità delle catture del 2023), che negli ultimi anni ha contribuito a determinare il continuo rallentamento del settore della molluschicoltura, non solo nel territorio di riferimento dell'IZSve. La problematica ha assunto importanza nazionale, tanto che nel settembre 2024 è stato nominato un *Commissario straordinario del Governo per l'adozione di interventi urgenti connessi al fenomeno della diffusione e proliferazione della specie granchio blu*, il quale fino al termine del 2026 dovrà mettere in atto misure di difesa della biodiversità, misure di prelievo, interventi strutturali per limitarne la diffusione, oltre che investimenti per sostenere il comparto (Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Piano di intervento per contenere e contrastare il fenomeno della diffusione e della proliferazione della specie granchio blu - Callinectes sapidus*).

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, che non a caso registrano numeri crescenti sia in termini di attività che di superficie utilizzata: nel 2021 le aziende agrituristiche autorizzate nel Triveneto risultavano essere 6.022, nel 2022 6.231, e nel 2023 6.290, confermando un costante incremento ormai pluriennale. La provincia di Bolzano si posiziona al secondo posto per numero di attività autorizzate a livello nazionale, dietro la Toscana che con le sue 5.797 attività è al primo posto. Risulta tuttavia prima rispetto alla densità di aziende agrituristiche (46 strutture per 100Km²). Anche a livello nazionale si registra un incremento degli agriturismi: dalle 25.849 attività registrate nel 2022 si è giunti nel 2023 a 26.129 (ISTAT, *Annuario statistico italiano 2025*). I prodotti DOP e IGP sono in totale 60 (33 DOP, 27 IGP); 36 in Veneto, 7 in Friuli Venezia Giulia, 12 nella Provincia autonoma di Trento e 5 in quella di Bolzano (MASAF, *Elenco delle denominazioni italiane, iscritte nel Registro delle denominazioni di origine protette, delle indicazioni geografiche protette e delle specialità tradizionali garantite*, ottobre 2025).

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). Il 2024 ha registrato un’inflazione nettamente inferiore agli anni precedenti, e questo ha inciso sulla crescita delle vendite: +3% rispetto al 2023, a fronte di aumenti del +7,6% nel 2022 e +7,7% nel 2023 (in *Osservatorio sulla Gdo alimentare - Sintesi*, Area studi Mediobanca, marzo 2025).

Da notare come anche in questo settore inizia a farsi largo l’utilizzo, o quantomeno l’interesse, verso l’intelligenza artificiale generativa. Caratteristiche principali della GDO, evidenziate dagli investimenti, sono una iper-personalizzazione dell’offerta e un’espansione dei punti vendita. I prodotti a marchio continuano ad avere un ruolo di primo piano per la categoria: essi registrano una quota economica di circa 26 miliardi di euro, circa un terzo delle vendite, in costante aumento negli ultimi anni (in *Osservatorio sulla Gdo alimentare - Sintesi*, Area studi Mediobanca, marzo 2025).

Il fatturato dalla GDO in Italia per il 2024 si attesta a 135,1 miliardi di €, un valore che cresce del +1,8% rispetto al 2023: crescita maggiore per gli specialisti drug (+8,8%), seguiti dai supermercati (+2,6%), dai discount (+2,3%) e dai superstore (+2,1%). Hanno invece avuto qualche difficoltà i liberi servizi (-2,4%) e gli ipermercati (-1,9%) (NielsenIQ, *Lo stato del largo consumo in Italia*, 2025). Una tabella evidenzia la crescita della GDO, confrontando l’anno 2024 con quello precedente e considerando numero di attività, superficie e lavoratori. Nonostante un calo del numero di attività (307 in meno nel 2024 rispetto al 2023), sono aumentate sia la superficie di vendita sia il numero di occupati.

Tipologia	Al 31.12.2023			Al 31.12.2024		
	Numero	Mq	Addetti	Numero	Mq	Addetti
Supermercati	17.440	13.891.178	263.586	17.427 (-0.1%)	15.056.824 (+8.4%)	281.380 (+6.8%)
Discount	4.208	2.951.479	51.061	4.273 (+1.5%)	3.001.455 (+1.7%)	53.519 (+4.8%)
Minimercati	22.408	3.048.765	69.785	21.921 (-2.2%)	2.762.441 (-9.4%)	70.105 (+0.5%)
Ipermercati	946	3.258.825	73.278	950 (+0.4%)	3.261.005 (+0.1%)	73.419 (+0.2%)
Grandi magazzini	2.114	3.132.391	24.680	2.154 (+1.9%)	3.242.205 (+3.5%)	25.286 (+2.5%)
Specializzati	2.525	7.728.941	85.173	2.609 (+3.3%)	8.138.684 (+5.3%)	88.324 (+3.7%)
Totale	49.641	34.011.578	567.564	49.334 (-0.6%)	35.462.614 (+4.3%)	592.032 (+4.3%)

Fonte: Ministero delle imprese e del made in Italy, *Rapporto sul sistema distributivo - Analisi strutturale del commercio italiano, 2024*

Nel complesso quindi la GDO risulta sempre composta per poco meno della metà da Minimercati (21.921) e per poco più di un terzo del totale da Supermercati (17.427), nonostante queste due realtà siano quelle che hanno registrato una flessione rispetto all’anno precedente. (in *Commento ai dati strutturali sulla Grande Distribuzione Organizzata 31/12/2023*, Osservatorio nazionale del commercio - Ministero delle Imprese e del Made in Italy).

2.1.2 LE STRATEGIE DI VALORE PUBBLICO DELL’IZSVE

Progettare un servizio pubblico richiede una definizione condivisa di “valore pubblico”, un concetto complesso che non coincide con la mera produttività, ma con l’utilità generata per l’utente finale e per l’intera società. Il valore pubblico si compone di diverse dimensioni: soddisfazione degli utenti, legata alla qualità dell’esperienza del servizio; impatti di medio-lungo periodo, misurabili – nel caso dei servizi sanitari – anche attraverso indicatori di salute; valore sociale, ossia i benefici prodotti per la collettività nel suo insieme. Alla base del valore prodotto all’esterno vi è anche il valore interno, cioè la capacità dell’amministrazione di migliorare la propria “salute” organizzativa: competenze del personale, innovazione tecnologica, benessere lavorativo, sostenibilità economica.

Si distinguono quindi due forme di Valore Pubblico (VP):

- VP esterno, relativo agli impatti su utenti e territorio.
- VP interno, relativo allo sviluppo delle dimensioni che rafforzano l’organizzazione.

Il valore pubblico viene creato quando l'Amministrazione migliora in modo equilibrato entrambe queste dimensioni, generando effetti positivi e duraturi sul benessere dei destinatari diretti e indiretti. In sintesi, creare Valore Pubblico significa utilizzare le risorse con efficienza, efficacia ed economicità, rispondendo in modo adeguato ai bisogni della società e alle esigenze dell'organizzazione stessa.

Un approccio multidimensionale per la costruzione del Valore Pubblico

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie rappresenta un punto di riferimento strategico per la tutela della salute pubblica, generando un valore pubblico che si manifesta attraverso la **trasversalità** delle sue funzioni e delle sue azioni, e che si prefigge di rafforzare la capacità di dialogare con una molteplicità di attori: dalle istituzioni al mondo della ricerca, dalle imprese ai cittadini. La trasversalità è indicata dalla Direzione come l'elemento caratterizzante della prossima riorganizzazione dell'Istituto. In questa prospettiva, la forza dell'Istituto risiede nelle sue **competenze** multidisciplinari, che permettono di affrontare le sfide globali della salute pubblica e della prevenzione delle malattie in un'ottica integrata One Health, fondata su un continuo processo di formazione e aggiornamento professionale. Ma il valore pubblico così generato è profondamente radicato anche nel **territorio** di competenza, di cui l'Istituto interpreta bisogni e specificità, trasformando le proprie attività in benefici tangibili per le comunità, per gli operatori del settore e per l'intero sistema agro-zootecnico.

Le attività dell'Istituto si fondano su asset strategici essenziali per la produzione di valore pubblico, in accordo con le linee di indirizzo strategico dell'ente. Un ruolo centrale è assunto dall'**innovazione digitale**, che consente di migliorare l'efficienza dei processi, potenziare la capacità diagnostica, favorire la condivisione dei dati e supportare decisioni rapide e informate, contribuendo così a un sistema di controllo moderno e interconnesso.

La ricerca e l'innovazione costituiscono il motore dinamico dell'ente: attraverso progetti di ricerca e collaborazioni internazionali, l'Istituto è impegnato per rispondere alle emergenze sanitarie in modo efficace, e per soddisfare le esigenze conoscitive della comunità scientifica che contribuiscono alla salute e al benessere della società.

Questi elementi si integrano con un forte impegno verso la **sostenibilità**, intesa non solo come attenzione all'impatto ambientale ed energetico, ma come capacità di coniugare obiettivi scientifici, economici, sociali e ambientali, rafforzando al tempo stesso la propria capacità di operare in modo efficace, equo e responsabile nel lungo periodo.

L'approccio multidimensionale specificato dai concetti di sostenibilità, competenze, innovazione digitale, ricerca e innovazione, territorio, trasversalità, costituisce l'architettura di senso su cui si fonda la costruzione del Valore pubblico.

La strategia per la sostenibilità ambientale ed energetica

Per offrire il proprio contributo alla sfida della transizione ecologica, la Direzione strategica dell'IZSve ha espresso la chiara volontà di incidere da un punto di vista ambientale e della sostenibilità dell'ente, attraverso un percorso con obiettivi definiti ed azioni volte a raggiungere risultati significativi e duraturi nei prossimi anni.

Nel 2024 l'IZSve ha effettuato audit energetici su tutti gli edifici utilizzati per le proprie attività, includendo tanto quelli della sede centrale di Legnaro quanto quelli di tutte le sedi periferiche, con l'eccezione di Bolzano e Belluno ove gli edifici che ci ospitano non sono di proprietà IZSve. I report delle diagnosi energetiche effettuate hanno consentito di produrre una fotografia del patrimonio immobiliare dell'ente in riferimento alle caratteristiche strutturali e impiantistiche che determinano buona parte dei consumi di energia elettrica e gas di riscaldamento, tenendo in considerazione anche i combustibili consumati dal parco auto.

Le diagnosi hanno consentito di individuare gli interventi strutturali su involucro e/o impianti che consentono una possono portare a una diminuzione dei consumi e, di conseguenza, dei costi energetici. Inoltre, sono state considerate anche azioni utili ad aumentare la produzione di energia da fonti rinnovabili.

Il passo successivo si è concretizzato nella redazione di un Piano Energetico (giugno 2025) che ha fatto sintesi di tutti gli interventi elencati nei report di audit energetico. Tali proposte sono state sottoposte a valutazione secondo criteri di fattibilità, entità del beneficio prodotto in termini di riduzione dei consumi, costo dell'intervento e ritorno sull'investimento. Attraverso una ponderazione quantitativa dei diversi aspetti, gli interventi sono stati classificati in ordine di priorità.

Come già anticipato nel corso del 2025, anche per gli anni seguenti l'idea è quella di produrre e approvare, a inizio d'anno, uno stralcio del Piano Energetico considerando da una parte le risorse rese disponibili dall'Ente e dall'altra le possibilità di sfruttare gli incentivi promossi dai ministeri competenti, a partire dal Conto Termico GSE.

Nella sostanza, gli stralci annuali del Piano Energetico sono lo strumento con cui la Direzione dà dimostrazione della volontà di sviluppare un percorso con obiettivi chiari, misurabili e temporizzati, impostando azioni volte alla sostenibilità dell'ente.

Tale volontà risulta ulteriormente rafforzata dalla scelta di predisporre il "Bilancio di sostenibilità" dell'Ente.







La “produzione” di valore pubblico e le strategie dell’IZSVE

La produzione di Valore Pubblico (VP) da parte dell’Istituto segue un approccio integrato multidimensionale che deriva dal Piano triennale delle attività 2024-2026 ed è funzionale al processo di cambiamento della Pubblica Amministrazione indicato dalle transizioni ecologica, digitale, e amministrativa previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e al perseguimento degli obiettivi di sostenibilità previsti dall’Agenda ONU 2030 (SDGs). Esso si sviluppa attraverso l’articolazione delle attività nelle Aree Strategiche specificate nel Piano triennale 2024-2026, 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 (OS), anch’essi declinati sul triennio, e ai connessi Obiettivi Operativi (OO) annuali associati a definiti indicatori.

In questo scenario, gli **impatti esterni ed interni** del VP, rilevanti per le attività dell’IZSVE, si riferiscono alle dimensioni:

- 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

Le **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**

Per ogni dimensione di VP è quindi indicato il collegamento con le Aree Strategiche, con le transizioni previste dal PNRR e con gli obiettivi di sostenibilità dell’Agenda ONU 2030 (SDGs). 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 e il livello operativo, responsabilità delle diverse strutture sanitarie e amministrative dell’Istituto.

La missione e gli Obiettivi strategici di ciascuna Area, collegate agli stakeholder di riferimento, sono di seguito illustrati; l’articolazione degli Obiettivi strategici in Obiettivi operativi per l’anno 2026 è oggetto della **Relazione programmatica annuale 2026** allegata.

AS1 – Attività istituzionali

OBIETTIVI STRATEGICI	STAKEHOLDER
Coinvolgere gli stakeholders istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell’IZSVE	SSN, SSR, Enti cogenerenti
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 cogenerenti, personale dell’Istituto
Definire il Piano delle emergenze dell’Istituto	Personale dell’Istituto, SSN, SSR, operatori del settore

AS2 - Sostegno ai Soggetti Privati e alle imprese

OBIETTIVI STRATEGICI	STAKEHOLDER
Riorganizzare i laboratori per renderli più orientati al cliente	Cittadini, operatori del settore

AS3 – Ricerca e innovazione

OBIETTIVI STRATEGICI	STAKEHOLDER
Contribuire al miglioramento e alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto	SSN, comunità scientifica, operatori del settore cittadini
Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) ed internazionali	Personale dell'Istituto, SSN, Enti cogeneranti
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 cogeneranti, operatori del settore

AS4 – 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

AS5 – 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,

AS6 – Organizzazione e Governance


OBIETTIVI STRATEGICI	STAKEHOLDER
Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio	Personale dell'Istituto, Enti cogeneranti, 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 cogeneranti, 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 cogeneranti, operatori del settore,

Obiettivi di Valore Pubblico

A partire dalle dimensioni del VP (impatti), dagli impatti esterni/interni e dagli Obiettivi Strategici, sono identificati i seguenti **Obiettivi di Valore Pubblico**:

- **OB VP 01** – “Aumentare il livello di salute animale e pubblica, attraverso i servizi erogati nei settori di competenza dell'ente, per ridurre il rischio di diffusione delle malattie infettive negli animali e trasmissibili all'uomo”
- **OB VP 02** – “Migliorare la qualità della ricerca scientifica e dei servizi offerti alla comunità nazionale e internazionale, in un'ottica integrata e trasversale One Health”
- **OB VP 03** – “Promuovere lo sviluppo delle competenze mediante la formazione professionale degli operatori”
- **OB VP 04** – “Migliorare il sistema di governance e di gestione dei processi attraverso lo sviluppo della digitalizzazione e della sostenibilità sociale, economica, etica”
- **OB VP 05** – “Promuovere la sostenibilità ambientale”

La Tabella seguente illustra, il raccordo tra gli Obiettivi di Valore Pubblico, le Aree Strategiche dell'Istituto che presidiano le diverse dimensioni, le transizioni individuate dal PNRR e gli obiettivi SDG dell'ONU, in connessione con le relative dimensioni di impatto del VP esterno ed interno prodotto dall'IZSVe.

OBIETTIVO VP 1: Aumentare il livello di salute animale e pubblica, attraverso i servizi erogati nei settori di competenza dell'ente, per ridurre il rischio di diffusione delle malattie infettive negli animali e trasmissibili all'uomo					
Dimensioni: <i>trasversalità, territorio, innovazione digitale</i>					
Obiettivi SDG Agenda 2030 ONU 					
AREE STRATEGICHE (AS)			TRANSIZIONE PNRR		
AS 1 - Attività istituzionale OS 1.1 - Coinvolgere gli stakeholders istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSVe OS 1.2 - Aumentare l'efficacia della sorveglianza e dei controlli per la sanità animale e la sicurezza alimentare anche intercettando le esigenze del territorio OS 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			Transizione Amministrativa Transizione Amministrativa Transizione Amministrativa Transizione Digitale		
AS 2 – Sostegno ai privati OS 2.1 - Riorganizzare i laboratori più orientati al cliente (specializzazione/territorio)			Transizione Amministrativa		
INDICATORE	Baseline	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Fonte
N° di accessi al sito web RESOLVE	6.479 <i>(dato 2024)</i>	Non inferiore	Non inferiore	Non inferiore	IZSVe
Rapporto di segnalazioni di sospetti focolai su focolai confermati di influenza aviaria	>=1	>=1	>=1	>=1	IZSVe
% di programmi per lo sviluppo di attività di sorveglianza e monitoraggio a livello territoriale approvati dagli stakeholder istituzionali	100%	100%	100%	100%	IZSVe
Impatto Esterno: sanitario/ambientale					
<ul style="list-style-type: none"> – 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 					
Impatto Interno: qualità dei servizi					
<ul style="list-style-type: none"> – Livello di soddisfazione degli operatori per i risultati della propria attività 					

OBIETTIVO VP 2: Migliorare la qualità della ricerca scientifica e dei servizi offerti alla comunità nazionale e internazionale, in un'ottica integrata e trasversale One Health

Dimensioni: *ricerca e innovazione, innovazione digitale, trasversalità*

Obiettivi SDG Agenda 2030 ONU



AREE STRATEGICHE (AS)

TRANSIZIONE PNRR

AS 3 - Ricerca e innovazione

OS 3.1 - Contribuire al miglioramento ed alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto, aumentando la produzione scientifica e le attività di disseminazione a livello nazionale e internazionale.

Transizione Amministrativa

OS 3.2 - Aumentare la competitività sui bandi di ricerca nazionali (esclusa RC) e internazionali, incrementando il numero di proposte presentate e il tasso di successo.

Transizione Amministrativa

OS 3.3 - Sviluppare le attività di supporto alla ricerca (competenze, tecnologia, organizzazione), attraverso il rafforzamento delle competenze e delle infrastrutture tecnologiche e dei processi organizzativi.

Transizione Amministrativa
Transizione Digitale

OS 3.4 - Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali

Transizione Digitale

- OS 3.4.8 Formazione su Fascicolazione informatica dei documenti

Transizione Digitale


INDICATORE	Baseline	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Fonte
N° seminari/webinar organizzati per la condivisione di dati e informazioni scientifiche	3	≥3	≥3	≥3	IZSVe
N° pubblicazioni scientifiche su riviste open access	6	≥6	≥6	≥6	IZSVe
N° progetti di ricerca sviluppati e inviati focalizzati sulla interfaccia uomo-animale-ambiente (prospettiva One Health, es. con partners medicina umana, ambiente, veterinaria, piante) (% sul numero totale di progetti inviati)	10%	≥10%	≥20%	≥30%	IZSVe

Impatto Esterno: scientifico, sanitario


- Aumento delle conoscenze scientifiche a disposizione della comunità nazionale ed internazionale di riferimento
- Diffusione di "buone pratiche"
- Consolidamento della reputazione e dell'autorevolezza dell'Istituto nei confronti di enti finanziatori, istituzioni pubbliche, partner di ricerca, stakeholder e cittadini
- Miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti esterni

Impatto Interno: qualità dei servizi


- Miglioramento della produzione scientifica dell'Istituto
- Aumento della capacità attrattiva di fondi
- Rafforzamento della reputazione interna dell'Istituto, intesa come incremento della fiducia, del senso di appartenenza e della percezione di qualità organizzativa da parte del personale.
- Livello di soddisfazione degli operatori per i risultati della propria attività

OBIETTIVO VP 3: Promuovere lo sviluppo delle competenze mediante la formazione professionale degli operatori					
Dimensioni: <i>competenze, trasversalità</i>					
Obiettivi SDG Agenda 2030 ONU 					
AREE STRATEGICHE (AS)				TRANSIZIONE PNRR	
AS 4 – Formazione e comunicazione OS 4.1.1 - Aumentare la visibilità dell'Istituto come ente di formazione nel panorama nazionale e internazionale anche innovando l'offerta formativa OS 4.1.2 - Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico-professionali del personale in linea con gli obiettivi di sviluppo dell'Istituto				Transizione Amministrativa Transizione Amministrativa	
INDICATORE	Baseline	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Fonte
Piano formativo di aggiornamento dipendenti IZSVe per la gestione di emergenze epidemiche e non epidemiche	0	1	1	1	IZSVe
N° ore formazione erogate utenza esterna	700*	Non inferiore	Non inferiore	Non inferiore	IZSVe
N° partecipazioni utenza esterna	8.000*	Non inferiore	Non inferiore	Non inferiore	IZSVe
N° ore formazione erogate personale interno	450*	Non inferiore	Non inferiore	Non inferiore	IZSVe
N° partecipazioni personale interno	1.300*	Non inferiore	Non inferiore	Non inferiore	IZSVe
Impatto Esterno: capitale umano – Sviluppo conoscenze e competenze degli utenti dell'Istituto					
Impatto Interno: capitale umano, benessere organizzativo – Sviluppo conoscenze e competenze degli operatori dell'Istituto					

* Valore medio arrotondato degli ultimi tre anni.

OBIETTIVO VP 4: Migliorare il sistema di <i>governance</i> e di gestione dei processi attraverso lo sviluppo della digitalizzazione e della sostenibilità sociale, economica, etica	
Dimensione: <i>trasversalità, innovazione digitale, sostenibilità</i>	
Obiettivi SDG Agenda 2030 ONU 	
AREE STRATEGICHE (AS)	TRANSIZIONE PNRR
AS 1 - Attività istituzionale OS 1.1 - Coinvolgere gli stakeholders istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSVe AS 5 – Etica dei processi OS 5.1 - Promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi OS 5.2 - Garantire il rispetto dei requisiti del sistema qualità (razionalizzando e semplificando le procedure e integrando le attività)	Transizione Amministrativa Transizione Amministrativa Transizione Digitale

AS 6 - Organizzazione e governance OS 6.1.1 - Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali: <ul style="list-style-type: none"> 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 				Transizione Amministrativa	
OS 6.2.1 - Razionalizzare i processi amministrativi di supporto				Transizione Amministrativa	
OS 6.2.2 - Valorizzare l'Organizzazione e il Capitale Umano in coerenza con il sistema di P&C&V				Transizione Amministrativa	
OS 6.2.3 - Migliorare l'efficienza delle operations: <ul style="list-style-type: none"> 6.2.3.1 - Analizzare le anagrafiche cliente IZIlab e risolvere i casi di sovrapposizione 6.2.3.2 - Contenere il valore delle scorte di fine anno delle singole strutture 				Transizione Amministrativa	
OS 6.2.4 - Razionalizzare il patrimonio informativo aziendale e i servizi IT dell'Istituto nell'ottica della digitalizzazione e della sicurezza informatica				Transizione Digitale	
INDICATORE	Baseline	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Fonte
N° incontri con gli stakeholder per linee di sviluppo	1	1	1	1	IZSVe
Adeguamento/aggiornamento degli applicativi a supporto dei processi dell'Istituto	>=1	>=1	>=1	>=1	IZSVe
N° interventi in ambito sicurezza informatica	>=1	>=1	>=1	>=1	IZSVe
Impatto Esterno: legalità <ul style="list-style-type: none"> Aumento dei livelli di trasparenza/comprensibilità/conoscenza delle attività dell'Istituto Aumento ricavi compartì di riferimento (zootecnico, agroalimentare) Riduzione dei costi sanitari per i compartì di riferimento Riduzione dei costi per il SSN 					
Impatto Interno: economico, qualità dei processi <ul style="list-style-type: none"> Prevenzione/contrasto dei rischi corruttivi Sviluppo della cultura relativa alla dimensione etica/valoriale delle attività dell'Istituto Equilibrio economico dell'Istituto Autofinanziamento sul mercato Aumento dei finanziamenti per la ricerca 					

OBIETTIVO VP 5: Promuovere la sostenibilità ambientale	
Dimensione: <i>sostenibilità, trasversalità</i>	
Obiettivi SDG Agenda 2030 ONU 	
AREE STRATEGICHE (AS)	TRANSIZIONE PNRR
AS 1 - Attività istituzionale OS 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 OS 1.4 - Definire le modalità per la gestione delle emergenze (Piano delle emergenze IZSVe)	Transizione Ecologica Transizione Ecologica
AS 2 – Sostegno ai privati OS 2.1.8 - Produzione di vaccini stabulogeni	Transizione Ecologica
AS 5 – Etica dei processi OS 5.1.6 - Redigere bilancio di sostenibilità	Transizione Ecologica

AS 6 - Organizzazione e governance OS 6.1.1 - Pianificare l'impiego delle risorse finanziarie ed economiche per perseguire l'equilibrio di bilancio aumentando la razionalità economica nelle scelte gestionali: <ul style="list-style-type: none"> - 6.1.1.2 - Realizzazione del Piano Energetico dell'ente (> <i>stralcio 2026</i>) - 6.1.1.3 - rilevazione consumi e costi di energia elettrica e gas riscaldamento - 6.1.1.4 - Ridurre consumi di energia elettrica - 6.1.1.5 - Contenere spesa manutenzione verde e impianti climatizzazione ambientale - 6.1.1.6 - Ottimizzare utilizzo spazi uffici OS 6.2.3 - Migliorare l'efficienza delle operations: <ul style="list-style-type: none"> - 6.2.3.3 – contenere la spesa dei beni sanitari non inventariabili 				Transizione Ecologica Transizione Ecologica Transizione Ecologica Transizione Ecologica Transizione Ecologica Transizione Ecologica	
INDICATORE	Baseline	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Fonte
Distribuzione di alimenti integri a lunga conservazione, recuperati dai laboratori e riutilizzabili a fini di solidarietà sociale (L. 155 del 25/06/2003, cd "Buon samaritano")	300kg*	In continuità	In continuità	In continuità	IZSve
Riduzione delle emissioni di CO ₂ a fronte di interventi	Valore attuale	Aumento	Aumento	Aumento	IZSve - Piano energetico
Numero di dismissioni/sostituzioni di attrezzature per efficientamento	Valore attuale	>=1	>=1	>=1	IZSve
Impatto Esterno: SANITARIO/AMBIENTALE <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la sostenibilità ambientale 					
Impatto Interno: SANITARIO/AMBIENTALE, ECONOMICO <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la sostenibilità ambientale - Equilibrio economico dell'Istituto 					

* Valore medio calcolato sulla base dei conferimenti effettuati nel 2024 e nel 2025.

2.1.3 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. Detto ciò, si stanno valutando le varie opportunità tecniche presenti nel mercato per giungere all'eliminazione delle barriere architettoniche presenti presso due sezioni periferiche dell'Istituto, che sono:

- la sezione di Vicenza per il superamento di alcuni gradini di accesso all'area destinata all'Ordine dei Veterinari di Vicenza;
- 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.

2.1.4 ACCESSIBILITÀ DIGITALE

Da gennaio 2022 l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVE) ha integrato nel proprio sito web istituzionale (www.izsvenezie.it) un'applicazione che permette agli utenti con disabilità di personalizzare l'interfaccia grafica e le funzioni di navigazione in base alle proprie esigenze specifiche (es. epilessia, ipovisione, disabilità cognitiva, disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività). L'applicazione apporta inoltre delle ottimizzazioni del codice informatico del sito web, migliorandone la conformità agli standard tecnici sull'accessibilità, e rendendolo maggiormente compatibile con gli screen-reader utilizzati dagli utenti ciechi. L'applicazione è stata integrata anche in alcuni dei siti web e portali tematici dell'IZSVE gestiti dal Laboratorio comunicazione (salepepesicurezza.it, alimentigravidanza.it, rischialimentari.it) che risultano maggiormente visitati dagli utenti in base ai dati di *web analytics* disponibili.

Il principale impegno dell'IZSVE nell'ambito dell'accessibilità digitale consisterà nel continuare ad adottare questa applicazione nei siti web e nei portali in cui è stata integrata. Si continuerà inoltre a monitorare gli accessi dei siti e dei portali web IZSVE al fine di stabilire quali siano quelli più consultati dagli utenti, per integrare eventualmente l'applicazione nei portali che risultassero ampiamente utilizzati dagli utenti, e per garantire un'allocazione efficiente delle risorse dedicate all'accessibilità, come previsto dalla normativa in materia. Infine, per quanto possibile, l'ente valuterà l'implementazione di ulteriori attività gestionali e amministrative per favorire l'accessibilità generale dei suoi contenuti, dei suoi servizi e delle sue strutture, anche al di là dell'ambito strettamente digitale.

2.1.5 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 architettonico 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 ridondanti 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.

2.1.6 PIANO DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE DOTAZIONI STRUMENTALI E INFORMATICHE

L'Istituto ha avviato un processo di razionalizzazione delle dotazioni strumentali e informatiche, con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e contenere i costi.

Per le dotazioni informatiche:

- Nel nuovo contratto di fornitura e gestione delle stampanti si è privilegiata la riduzione dei dispositivi singoli a favore di isole di stampa condivise, diminuendo il numero complessivo di stampanti e migliorando l'efficienza operativa.

- La dotazione di PC e dispositivi aziendali è stata razionalizzata; la sostituzione dei dispositivi, attualmente soggetta a vincoli di budget, prevede un periodo di rinnovo più lungo, garantendo comunque la funzionalità e la sicurezza dell'infrastruttura IT.

Queste azioni contribuiscono a garantire una gestione sostenibile e efficiente delle risorse tecnologiche dell'Istituto, in linea con le direttive di digitalizzazione e ottimizzazione dei costi della PA. Per quanto riguarda le dotazioni strumentali, l'esigenza di attivare un archivio freddo all'interno dell'Istituto – centralizzando lo stoccaggio di materiale biologico di valore o sensibile in termini di sicurezza – nasce dalla necessità di ridurre la sempre crescente richiesta di congelatori da parte dei laboratori, di ottimizzare spazi e apparecchiature e, infine, di garantire la conservazione in sicurezza del materiale conservato. La centralizzazione dell'archiviazione del materiale biologico consentirà inoltre una uniformità di catalogazione dello stesso e un più stretto monitoraggio delle condizioni di conservazione, garantendo tempi di intervento rapidi e qualificati in caso di malfunzionamento di qualche apparecchiatura.

Nel corso del 2023 è stata realizzata la sala criogenica, con impianto automatizzato di alimentazione dell'azoto e già predisposto per accogliere 4 dewar, ulteriormente espandibile; attualmente sono stati installati e sono attivi 2 dewar.

Nel biennio 2024-2025 è stato realizzato un intervento strutturale per l'adeguamento di altri locali con interventi a carico dell'impianto elettrico e del sistema di condizionamento; sono state, inoltre, installate porte adeguate con testa di lettura tramite badge, in modo da permettere un efficace controllo degli accessi.

Attualmente l'archivio freddo è composto da una sala criogenica che ospita due dewar per la conservazione di materiale in azoto liquido e da tre locali che sono destinati ad accogliere principalmente congelatori -80°C.

Nel corso del 2025 sono stati presi in carico i primi congelatori -80°C, da parte del personale SCS0, con l'inizio della catalogazione del materiale biologico in essi contenuto.

Nel 2025, inoltre, è stata effettuata una ricognizione del contenuto dei congelatori -80°C della sede centrale con un aggiornamento dell'elenco del materiale archiviato e contestuale eliminazione di materiale non più di interesse.

Nel corso dei prossimi anni sarà progressivamente aumentato il numero di congelatori presi in carico da SCS0 e, di conseguenza, del materiale biologico stoccato.

2.1.7 LA POLITICA DELLA QUALITÀ: SISTEMI QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

La Direzione dell'IZSve riconosce la Qualità come un elemento strategico per la valorizzazione delle risorse umane, per la soddisfazione delle esigenze dei clienti interni ed esterni e per il rispetto dei requisiti normativi e legislativi applicabili, inclusi quelli in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e di tutela ambientale. La Qualità è inoltre fondamentale per garantire prodotti e servizi conformi ai requisiti prescritti, verificati attraverso controlli adeguati, e per promuovere il miglioramento continuo del sistema di gestione, orientato all'efficacia delle attività e alla qualità delle prestazioni.

Il sistema di gestione dell'Istituto assicura la flessibilità necessaria ad affrontare i cambiamenti del contesto interno ed esterno secondo criteri di qualità ed efficienza. Nel tempo, tale sistema si è evoluto integrando in un unico modello di gestione le norme di riferimento per i laboratori di prova (ISO/IEC 17025), per gli organizzatori di proficiency testing (ISO/IEC 17043) e per i sistemi di gestione per la qualità (ISO 9001).

Successivamente, il sistema è stato esteso anche agli ambiti della prevenzione della corruzione, della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e della biosicurezza. Questo percorso di integrazione ha permesso di ridurre le duplicazioni, prevenire conflitti tra le normative e creare sinergie tra i processi trasversali, favorendo la condivisione di competenze e risorse e l'utilizzo di strumenti comuni di gestione e comunicazione.

In un'ottica di miglioramento continuo, le principali azioni strategiche si concentrano su:

1. semplificazione e miglioramento del sistema di gestione della qualità, secondo un approccio per processi, basato anche sull'analisi dei rischi e delle opportunità;
2. integrazione dei diversi ambiti di gestione, con l'effettuazione di audit combinati;
3. digitalizzazione dei processi.

Nel 2025 la Politica della Qualità è stata aggiornata e riorganizzata in una politica aziendale integrata, che include in modo coordinato gli aspetti relativi a Qualità, Sicurezza, Biosicurezza, Anticorruzione e Ambiente, in coerenza con la mission e gli indirizzi strategici dell'Ente. Il documento è disponibile sul sito istituzionale dell'IZSve, insieme ai certificati di accreditamento e di certificazione (<https://www.izsvenezie.it/servizi/sistemi-qualita-accREDITAMENTO/>).

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE

2.2.1. CICLO DELLA PERFORMANCE

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

- Piano Triennale delle Attività 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 2025 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 2026-2028.

I contenuti della Relazione Programmatica sono predisposti dalla Direzione Strategica con 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, quantitativi 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

Introduzione

La Relazione Programmatica 2026 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.

La Relazione Programmatica 2026 descrive in modo puntuale come gli Obiettivi della Mappa Strategica verranno concretizzati, in particolare definendo le azioni che dovranno essere avviate e portate avanti nel corso dell'anno, attraverso gli Obiettivi Operativi (OBO) assegnati alle Strutture dell'Istituto competenti.

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

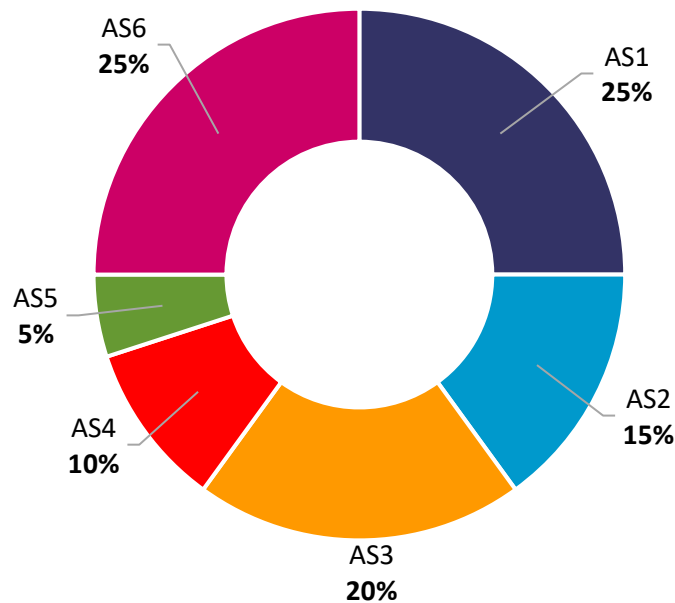
1. Attività istituzionali
2. Sostegno ai soggetti privati e alle imprese
3. Ricerca e Innovazione
4. Formazione e Comunicazione
5. Etica e Qualità dei processi
6. Organizzazione e Governance

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 2026 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 competenza, nelle prestazioni diagnostiche, nella ricerca, nella comunicazione e nella divulgazione tecnico-scientifica, tenendo come quadro di riferimento sia l'adeguatezza normativa che la rete dei propri interlocutori, siano essi istituzionali o 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 seguito ed approfondendo l'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 nel costante adeguamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle produzioni degli alimenti destinati al consumo umano e animale, per armonizzare e rendere sempre più efficiente la gestione delle malattie infettive, incrementando la capacità di risposta alle emergenze sanitarie. In tale ottica sarà costante l'attenzione al miglioramento della qualità delle prestazioni, alla riduzione dei tempi di accettazione/esecuzione delle analisi, esplorando possibilità di ottimizzazione attraverso un più efficace utilizzo degli strumenti informatici ed il mantenimento di un adeguato livello di aggiornamento delle tecnologie utilizzate.

Nel 2026 l'Istituto manterrà il focus sul coinvolgimento e l'informazione dei propri stakeholder, consapevole del proprio ruolo di operatore di Sanità Pubblica e forte dei risultati ottenuti. Tale orientamento sarà declinato in ambito locale, nazionale e internazionale e non potrà prescindere dal contesto socio-culturale di riferimento.

Proseguono nel 2026 l'attenzione e la ricerca di una sempre maggiore efficienza e sostenibilità dei processi operativi attraverso azioni di miglioramento della logistica e dei servizi informatici. Le attività di questa area saranno sempre più mirate alla programmazione nell'impiego delle risorse disponibili e in un'ottica di efficientamento energetico sostenibile e rispettoso dell'ambiente.

Gli obiettivi relativi alla ricerca, all'innovazione e alla formazione del personale tecnico ed amministrativo saranno orientati al miglioramento delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle esperienze del personale dell'Istituto; queste si tradurranno successivamente in un maggiore livello di servizio sia in ambito istituzionale che privato per rispondere sempre meglio 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 necessarie, 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	16
2. SOSTEGNO AI SOGGETTI PRIVATI E ALLE IMPRESE	1	7
3. RICERCA E INNOVAZIONE	4	14
4. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	4	9
5. ETICA E QUALITÀ DEI PROCESSI	2	10
6. ORGANIZZAZIONE E <i>GOVERNANCE</i>	5	30
TOTALE	20	86



Area Strategica 1. Attività istituzionale

Gli Obiettivi Operativi descritti in questa sezione, relativi alle azioni che l'IZSve attuerà nel corso del 2026, sono finalizzati:

- al miglioramento del rapporto dell'Istituto con gli interlocutori istituzionali, per intercettare e soddisfare pienamente e tempestivamente le esigenze del territorio in una logica di proattiva collaborazione;
- alla costruzione dei presupposti per il miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi messi a disposizione dei diversi stakeholder nell'esecuzione delle attività istituzionali che l'Istituto è chiamato a svolgere.

Ovviamente, considerando quanto sopra, tutte le azioni individuate terranno conto, sia in ambito di sicurezza alimentare che di sanità animale, del quadro normativo in vigore e di tutti gli aggiornamenti che questo annualmente riceve, sempre nell'ottica di realizzazione della mission aziendale, quindi di dare il massimo contributo alla tutela della salute pubblica e il massimo servizio alle realtà economiche del territorio di competenza.

Nel corso del 2026 l'attività proseguirà sui binari già portati avanti con successo nelle precedenti annualità.

Saranno eseguite attività tese al dialogo continuo con gli stakeholder per dare all'Istituto linee di sviluppo quanto più possibilmente coerenti ed efficienti rispetto ai bisogni del territorio e del contesto di riferimento, all'aggiornamento rispetto alle novità normative, nonché all'efficientamento dei processi operativi per migliorare costantemente la risposta organizzativa sia in situazioni di emergenza sanitaria che in fase di prevenzione.

AS 1 – Attività istituzionale		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
1.1 - Coinvolgere gli <i>stakeholders</i> istituzionali nella definizione delle linee di sviluppo e delle priorità dell'IZSve	1.1.1 Effettuare incontri di condivisione con stakeholders istituzionali per l'individuazione delle linee di sviluppo dell'Istituto per il triennio 2027 - 2029	N. incontri con stakeholders istituzionali >=1 N. incontri con altri laboratori IIZZSS sul territorio italiano che si occupano della tematica del CRN >= 2
	1.1.2 Effettuare incontri di condivisione con stakeholders istituzionali per l'individuazione delle linee di sviluppo dell'Istituto per il triennio 2027 - 2029	N. eventi divulgativi dell'attività dell'Istituto organizzati entro il 31/12/2026 >= 1
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 di matrici su cui vengono svolte le analisi PFAS	N. nuove matrici analizzate in analisi PFAS >= 6
	1.2.2 Migliorare la formazione dei professionisti IZSve addetti alle attività diagnostiche	% professionisti IZSve partecipanti nel triennio 2024 - 2026 >= 90% % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%
	1.2.3 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 >= 70%
	1.2.4 Applicare il sistema di sorveglianza	Numero di Strutture Territoriali che hanno applicato il sistema di sorveglianza fino al 31/10/2026 = 6

AS 1 – Attività istituzionale		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
	1.2.5 Armonizzare la diagnosi di malattie infettive elencate e non nel territorio di competenza di IZSVe	N. di protocolli aggiornati nell'anno >= 2
	1.2.6 Adeguare le procedure di IZSVe alla recente normativa in ambito alimentare	N. di procedure di prova o gestionali adeguate alla recente normativa >= 2
	1.2.7 Aggiornare la formazione del personale interno sui vegetali	Erogazione del corso <= 31/12/2026 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 70%
	1.2.8 Aggiornare la formazione del personale interno in materia di sicurezza alimentare	% partecipanti al Corso Nazionale Auditor OSA sul totale dei dirigenti che si occupano di sicurezza alimentare >= 50%
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 procedure di prova esternalizzate su altri IZZSS	N. di procedure di prova accreditate entro il 31/12/2026 per ridurre il numero di campioni attualmente inviati ad altri IZZSS >= 1
	1.3.2 Progettare un sistema di monitoraggio della produttività delle attività di IZSVe	Ripetizione analisi per verifica dell'applicazione delle azioni di miglioramento individuate in ambito Sanità Animale <= 31/10/2026 Ripetizione analisi per la verifica dell'applicazione delle azioni di miglioramento individuata in ambito Sicurezza Alimentare <= 31/10/2026 Definizione di obiettivi di miglioramento e relativi target sia in ambito di sanità animale che di sicurezza alimentare per il 2027 <= 31/12/2026
	1.3.3 Organizzazione delle attività della nuova piattaforma e dei relativi flussi di lavoro	Flussi di lavoro presenti e condivisi con le strutture afferenti <= 31/12/26 Inizio operatività piattaforma <= 31/12/26 % analisi eseguite sul totale delle analisi richieste >= 90% Riduzione costi su FSN manutenzione sequenziatori 2026 rispetto a quelli del 2025 >= 10%
	1.3.4 Introduzione applicativo Visualims per la gestione informatizzata delle analisi sui pesticidi	Protocollo di utilizzo <= 31/12/2026 Applicazione del software agli output strumentali <= 31/12/2026
	1.3.5 Efficientamento dei flussi diagnostici e potenziamento della capacità analitica per garantire la continuità operativa della UO Biotech VR in funzione della campagna vaccinale per Influenza Aviarìa	Redazione e presentazione del Piano delle Attività <= 31/03/2026
1.4 - Definire le modalità per la gestione delle emergenze (Piano delle emergenze dell'Istituto)	1.4.1 Eseguire il Piano di gestione delle emergenze	Revisione annuale del Piano delle emergenze <= 30/06/2026 Pubblicazione del piano <= 31/12/2026 Evento formativo per il personale IZSVe sui contenuti del Piano <= 31/12/2026



Area Strategica 2. Sostegno ai soggetti privati e alle imprese

Allevatori, consulenti, associazioni, aziende alimentari sono altri importanti interlocutori dell'IZSve.

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 igieniche e nutrizionali degli alimenti.

Come per la precedente area, anche per questa l'Istituto si muoverà nel 2026 nel solco di quanto impostato e realizzato nelle annualità precedenti:

- sarà portata a compimento l'attività di produzione dei vaccini, mettendo così a frutto le sperimentazioni effettuate negli ultimi anni, sia per specie terrestri che acquatiche;
- saranno strutturate attività per migliorare ulteriormente il passaggio di conoscenze ed informazioni agli stakeholder privati, favorendo così una sempre migliore conoscenza reciproca ed una sempre più fattiva collaborazione, presupposti questi necessari per l'individuazione e l'erogazione da parte dell'Istituto di servizi ottimizzati e sempre più adatti a rispondere ai loro bisogni, espressi ed inespressi;
- sarà ammodernata la sezione di San Donà di Piave, realizzando nuovi spazi pensati proprio in funzione dell'attività nei confronti dei privati;
- proseguirà l'attenzione costante sui tempi di risposta analitici, affinché l'Istituto possa mantenere e migliorare costantemente il livello di servizio offerto, continuando a dimostrare nei fatti quell'attenzione al cliente che da sempre è elemento distintivo del proprio operato.

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 entro il 31/12/2026 ≥ 1
	2.1.2 Avviare la produzione dei nuovi vaccini	N. lotti sperimentali prodotti nell'anno ≥ 1
	2.1.3 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% Elaborazione report tempi di risposta garantiti ≤ 31/12/2026
	2.1.4 Progettare e porre in essere strumenti per il mantenimento di una relazione costante con le imprese	Presentazione alla Direzione del piano per la formazione ≤ 31/07/2026
	2.1.5 Progettare ed avviare collaborazioni con altri Enti per fornitura congiunta di servizi a privati	Differenza tra ricavi per prestazioni erogate in collaborazione con Veneto Agricoltura nell'anno 2026 e nell'anno 2025 ≥ 1 Stipula accordo con nuovo soggetto pubblico per offerta servizi a privati ≤ 31/12/2026

	2.1.6 Ristrutturare ed ampliare sede San Donà per consolidamento attività specialistiche a favore di privati	Realizzazione progettazione esecutiva <= 31/12/2026 Progetto per la realizzazione delle attività nelle fasi di cantiere <= 31/12/2026
	2.1.7 Accordo di collaborazione con officina farmaceutica IZSLER approvato e firmato.	N. dosi vaccino prodotte su numero dosi richieste ricevute e approvate ≥ 90%



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 il mantenimento e il miglioramento del livello conoscenze, competenze e capacità, in linea con le esigenze del territorio e con l'evoluzione del sapere scientifico, specialmente nel campo diagnostico; questo è il presupposto per essere in grado nel tempo di fornire con continuità servizi "a valore aggiunto".

Proseguirà nel 2026 lo sforzo per migliorare la comunicazione delle attività e dei progetti di ricerca e cooperazione, così come l'attenzione per il mantenimento agli attuali livelli di assoluto rilievo dell'Impact Factor dell'Istituto, indicatore importante per valutare il valore dell'attività di ricerca svolta.

Importante sottolineare l'attività di ulteriore potenziamento del sistema di governo e gestione delle attività di biosicurezza attraverso la prosecuzione delle attività di formazione destinate alla figura del Bio Safety Officer.

Prosegue l'impegno per l'introduzione di nuovi strumenti software in grado di aumentare il supporto alle attività di gestione della ricerca, sia in termini di scouting progetti che in termini di rendicontazione delle attività in corso.

In ottica di innovazione, in questo caso di flussi operativi interni all'area amministrativa, si completerà nel 2026 il percorso di introduzione ed aggiornamento del nuovo applicativo di gestione del protocollo informatico decentrato, il reperimento e la conservazione della documentazione, la gestione del processo di emanazione di delibere e determine, nonché l'alimentazione della sezione Amministrazione Trasparente nel sito aziendale.

AS 3 – Ricerca e innovazione		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
3.1 - Contribuire al miglioramento ed alla diffusione delle conoscenze scientifiche negli ambiti di competenza dell'Istituto	3.1.1 Mantenere l'Impact Factor ai valori di eccellenza raggiunti	N. di report infrannuali di monitoraggio andamento IF >= 2
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	Pubblicazione in italiano e/o in inglese di almeno 5 news relative a progetti in essere o conclusi ≤ 31/12/2026
	3.2.2 Semplificare l'iter di reclutamento del personale esterno in progetti RCI	Adozione e attuazione del regolamento ≤ 31/12/2026
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 nell'anno ≥ 1 % partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento = 100%
	3.3.2 Introdurre applicativo di ricerca bandi nel processo di scouting dei bandi di ricerca	Ottimizzazione dell'applicativo ed eventuale integrazione con altri tools di scouting bandi sulla base dei feedback ricevuti dai ricercatori coinvolti ≤ 31/12/2026
3.4 - Promuovere l'innovazione tecnologica, infrastrutturale e la digitalizzazione dei processi aziendali	3.4.1. Consolidare formazione BSO	N. di eventi formativi e/o di aggiornamento professionale frequentati nell'anno ≥ 1

	3.4.2 Allestire l'"Archivio freddo" -80 °C	N. apparecchiature funzionanti e caricate entro l'anno 2026 >= 6 N. contenitori con materiale trasferito in criobanca >= 2
	3.4.3 Introdurre un applicativo in grado di facilitare la gestione dei piani finanziari dei progetti di ricerca	Valutazione per scelta nuovo applicativo <= 30/06/2026
	3.4.4 Automatizzare la compilazione del timesheet per il personale nei progetti RCI	Valutazione per scelta nuovo applicativo <= 30/06/2026
	3.4.5 Realizzare materiale editoriale informativo su attività di RCI	N. prodotti editoriali video su progetti RCI realizzati nell'anno >= 1
	3.4.6 Realizzazione di incontri formativi on line sull'applicativo evolutivo Next	N. di incontri di formazione on line eseguiti rivolti al personale delle strutture che utilizzano il modulo protocollo >=2
	3.4.7. Attivazione/messa in funzione del modulo delibere e determine di DocSuite/Next	% strutture che hanno attivato entro il 31/12/2026 il modulo delibere/determine = 100%
	3.4.8 Attivazione nuova sezione Amministrazione trasparente tramite software DocSuite/Next	Attivazione nuova sezione Amministrazione trasparente tramite software DocSuite/Next <= 31/12/2026
	3.4.9 Ridurre il ricorso al supporto cartaceo per l'esecuzione dei processi operativi	Rapporto tra numero stampe eseguite nel secondo semestre 2026 e numero stampe eseguite nel secondo semestre 2025 <= 1



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

Come per le altre aree descritte, gli obiettivi operativi di formazione dell'IZSve per l'anno 2026 sono stati individuati in continuità con quanto sviluppato negli anni precedenti.

Troverà completamento il percorso di formazione per il rafforzamento delle competenze manageriali dei Dirigenti; sarà definito un progetto, la cui implementazione potrà probabilmente interessare il nuovo triennio di pianificazione, per una migliore e più completa valutazione delle competenze del personale, in modo da poter poi, con una gap analysis, identificare i fabbisogni formativi su cui orientare l'attività per i diversi target.

Proseguirà l'impegno per il miglioramento continuo delle tecniche di formazione, con particolare attenzione per l'adozione di metodologie didattiche innovative.

Comunicazione

La strategia di comunicazione verso l'esterno prosegue mantenendo attenzione e focus sulle *media relation*. 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 anche recependo suggerimenti da parte del personale per massimizzare la fruibilità degli ambienti di lavoro.

AS 4 – Formazione e comunicazione		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
PTA_24_26_A4.1.1 - Aumentare la visibilità dell'Istituto come ente di formazione nel panorama nazionale ed internazionale anche innovando l'offerta formativa	4.1.1.1 - 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 31/12/2026 >= 3 N. interventi formativi realizzati entro il 31/12/2026 utilizzando metodologie TEL >= 3
PTA_24_26_A4.1.2 - 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,)	Percorso di verifica sulle competenze manageriali acquisite dai DSC a seguito del percorso formativo 2025 (follow up) <= 31/12/2026 N. di incontri entro il 31/12/2026 >= 2

	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 (piano emergenze) <= 30/09/2026 Presentazione alla Direzione ipotesi progettuale per definizione del bilancio delle competenze del personale IZSVe <= 31/12/2026
	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 <= 31/12/2026
	4.1.2.4 Progettare e attivare il nuovo corso di formazione generale per la sicurezza	Attivazione corso FAD <= 30/06/2026
PTA_24_26_A4.2.1 - 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 2026 e n. contatti media relation 2025 >= 0,9 Tasso conversione contatti >= 0,8
PTA_24_26_A4.2.2 - Sviluppare la comunicazione interna	4.2.2.1 Monitorare e promuovere il miglioramento del clima aziendale	Presentazione del nuovo Regolamento (riorganizzazione) a tutto il personale <= 31/12/26 Raccolta proposte soluzioni di miglioramento da parte dei DSC <= 30/06/2026 N. azioni implementate entro il 31/12/2026 >= 1
	4.2.2.2 Garantire la divulgazione delle attività e dei risultati dell'Istituto	Rapporto post, webinar, pubblicizzazione di attività ed iniziative 2026 su 2024 >= 1
	4.2.2.3 Garantire la divulgazione delle buone prassi finalizzate a promuovere la salute sui luoghi di lavoro	Webinar aperto a tutto il personale <= 31/12/2026 N. webinar = 2



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 servizi e 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 dovrà quindi far propri i valori fondanti della semplificazione e della razionalizzazione.

Proseguono anche nel 2026 le attività volte alla messa in pratica della strategia di prevenzione della corruzione basata sull'individuazione analitica di interventi puntuali e specifici nelle attività e nei processi caratterizzati da un maggiore rischio corruttivo. Gli obiettivi restano quelli di ridurre le opportunità di insorgenza di fenomeni corruttivi, rafforzando la capacità di individuazione e di emersione della corruzione, di creare un contesto sfavorevole ai comportamenti illeciti e di tutelare il raggiungimento degli obiettivi di performance operative e di creazione di valore pubblico.

Saranno centrali le azioni 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.

Lo sforzo di orientare le attività dell'ente verso la sostenibilità ambientale, trova concretezza nell'obiettivo 2026 di rielaborazione del Bilancio di sostenibilità, documento che rappresenterà la summa dei risultati delle iniziative realizzate per ottimizzare l'impronta ambientale e dare contenuto pratico e sostanza alla transizione ambientale in corso da parte dell'organizzazione.

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

In un'ottica di gestione integrata delle risorse e dei sistemi di gestione (qualità, sicurezza, biosicurezza, prevenzione della corruzione), proseguiranno i progetti pluriennali di informatizzazione dei processi e le attività di audit interni combinati e sarà dato corso al progetto di definizione di una nuova procedura operativa per aumentare il livello di sicurezza del personale, soprattutto nel caso di missioni all'estero.

Le azioni individuate saranno attuate tenendo in considerazione i requisiti richiesti dai diversi ambiti di gestione, così da garantire, complessivamente, il soddisfacimento dei requisiti dei clienti e degli stakeholder, la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e 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 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 >= 90% % neoassunti partecipanti che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 80%
	5.1.2 Programma di aggiornamento 2025 - 2026 del personale IZSve sui contenuti del codice di comportamento aggiornato al DPR 81/2023 (corso base)	% cumulata personale partecipante nel biennio 2025 - 2026 >= 90% % partecipanti nel biennio che hanno superato la verifica finale di apprendimento >= 90%
	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 >= 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%
	5.1.5 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%
	5.1.6 Redigere bilancio di sostenibilità dell'Istituto	Presentazione bilancio di sostenibilità 2025 <= 31/12/2026
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 >= 1
	5.2.2 Superare gli audit esterni (4/anno)	% audit esterni superati = 100%
	5.2.3 Garantire prestazioni analitiche aggiornate e rispondenti alle richieste del cliente	% documenti da inserire nel sistema qualità e/o % 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 Definire le misure di sicurezza dei lavoratori in missione all'estero con particolare riferimento alle attività di cooperazione internazionale	Predisposizione procedura <= 31/12/2026



Area strategica 6. Organizzazione e Governance

Nella presente Area Strategica, l'Istituto intende focalizzare i propri interventi al fine di stimolare una valutazione proattiva e costante del proprio operato in grado di alimentare un'azione di miglioramento continuo dell'efficienza e dell'efficacia degli output dei processi aziendali, decisionali ed operativi.

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

Tali obiettivi saranno perseguiti:

- proseguendo nell'applicazione delle soluzioni e degli elementi di gestione introdotti negli scorsi esercizi che hanno consentito il miglioramento del livello di controllo sull'andamento della gestione (tra gli altri, strutturazione di una nuova gestione dei materiali con conseguente adeguamento della soluzione informatica a supporto, rilevazione in corso d'anno dei consumi delle principali utenze e monitoraggio del formarsi dei relativi costi, monitoraggio spesa per materiali sanitari, focus sul contenimento delle scorte di fine anno attraverso comportamenti di acquisto più consapevoli da adottare in corso d'anno, completamento progressivo reportistica direzionale a supporto del management per scelte consapevoli ed informate);
- individuando azioni destinate ad accompagnare e completare il cambiamento desiderato dalla Direzione e ricercato anche attraverso una nuova soluzione organizzativa che l'Istituto adotterà nel corso del 2026 (tra gli altri, adeguamento piano dei centri di costo, obiettivi di snellimento produzione atti amministrativi, ridefinizione incarichi Direzione e comparto);
- come già sottolineato nella precedente area, relativamente al progetto di stesura del Bilancio di Sostenibilità, merita una sottolineatura particolare l'obiettivo di portare avanti anche nel 2026 il Piano Energetico, una attività pluriennale di efficientamento delle strutture e quindi di riduzione dell'impronta ambientale dell'Istituto.

AS 6.1 – Organizzazione e Governance		
Obiettivi strategici	Obiettivi operativi	Indicatori e valori attesi
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	% richieste di investimento nel target corredate da analisi costi/benefici = 100%
	6.1.1.2 Eseguire il Piano Energetico	Approvazione stralcio 2026 del piano energetico ≤ 30/06/2026 Realizzazione attività 2026 degli stralci approvati ≤ 31/12/2026
	6.1.1.3 Garantire la rilevazione dei consumi e dei costi di energia elettrica e gas riscaldamento distinti per mese di competenza e struttura (sede e sezioni)	Consumi e costi di energia elettrica e gas riscaldamento rilevati ≤ 31/12/2026
	6.1.1.4 Ridurre i consumi di energia elettrica	N. di attrezzature energivore in utilizzo razionalizzate (dismesse/efficientate) ≥ 1

	6.1.1.5 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
	6.1.1.6 Ottimizzare l'utilizzo degli spazi degli uffici	Studio di fattibilità riorganizzazione spazi ed. D, C e A e proposte operative a seguito riorganizzazione ≤ 31/03/2026
	6.1.1.7 Definire la pianta organica e regolare il passaggio delle risorse umane a seguito dell'implementazione della nuova soluzione organizzativa	Elenco ufficiale delle risorse per SC/laboratorio-ufficio ≤ 30/06/2026
6.2.1 - Razionalizzare i processi amministrativi di supporto	6.2.1.1 Informatizzare la gestione dei magazzini periferici nelle diverse strutture	Introduzione del flusso operativo di gestione dei reagenti in un laboratorio pilota ≤ 31/12/2026 Valutazione proposta operativa di integrazione tra applicativi ≤ 30/06/2026 Avvio soluzione autorizzata ≤ 31/12/2026
	6.2.1.2 Progettare ed attivare un sistema interno di monitoraggio degli utilizzi degli ambienti BSL3 da parte delle diverse strutture	Monitoraggio attivo, raccolta dati utilizzo laboratori, analisi/risoluzione criticità e relazione su attività 2026 ≤ 31/12/2026
	6.2.1.3 Formazione del personale operativo secondo quanto previsto nel portale ACCRUAL	% addetti partecipanti = 100% % addetti che hanno superato il test finale di valutazione dell'apprendimento = 100%
	6.2.1.4 Inventariazione dei software sviluppati in house	% software in house censiti = 100% % software censiti inventariati = 100%
	6.2.1.5 Liquidare le fatture nei termini previsti dal ciclo passivo	Liquidazione fatture del Centro Ordinatore di spesa ≤ 15 gg Giorni medi di ritardo sul 100% di fatture ricevute ≤ 0 Giorni medi di pagamento ≤ 60
	6.2.1.6 Applicare la detraibilità IVA sui costi promiscui	Valore totale della detrazione IVA su costi promiscui ≥ 90.000 Euro
	6.2.1.7 Applicare la nuova scontistica sulle analisi a tariffario	Differenza fatturato netto clienti con richiesta fatturazione cumulativa 2026 e 2023 ≥ 50.000 Euro
	6.2.1.8 Adeguare software in utilizzo per le selezioni esterne per concorsi di struttura complessa della dirigenza dell'area sanità	Studio di fattibilità implementazione gestionale ed individuazione procedure semplificate da applicare ≤ 31/12/26
	6.2.1.9 Definizione delle procedure relative a incarichi dirigenziali a seguito del processo di riorganizzazione	% procedure definite per conferimento di incarichi di dirigenza entro il 30/06/2026 = 100%
	6.2.1.10 Proposta di semplificazione iter e contenuti atti amministrativi	Presentazione proposta di semplificazione iter e contenuti atti amministrativi ≤ 31/05/2026 Implementazione proposte autorizzate dalla Direzione ≥ 30/09/2026 Completa conformità degli atti alle variazioni autorizzate ≤ 30/11/2026
	6.2.1.11 Costruzione scadenario per gestione scadenze deleghe e funzioni aziendali	Scadenario realizzato ed aggiornato ≤ 31/07/2026

	6.2.1.12 Semplificazione iter stipula convenzioni commerciali e definizione quadro economico	Presentazione proposta alla Direzione <= 30/09/2026 Implementazione proposta approvata <= 31/12/2026
	6.2.1.13 Predisporre una metodologia di chiusura amministrativa e contabile dei lavori in corso e acconti risultanti dal Bilancio di esercizio 2024	Chiusura amministrativa e contabile dei fabbricati di Buttapietra (VR) e dell'Asse centrale <= 30/06/2026 % fabbricati ed impianti chiusi/aggiornati amministrativamente e contabilmente entro il 31 dicembre 2026 >= 90%
	6.2.1.14 Standardizzazione delle procedure per la definizione dei limiti di spesa previsti dalla normativa vigente	Predisposizione della procedura <= 30/06/2026 Adozione della procedura <= 30/09/2026
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	Evidenziare nel report del fatturato in ambiente test il subtotale delle fatture fuori campo IVA <= 31/12/2026 Distribuire i report eseguiti alle scadenze previste e raccogliere feedback dalle strutture pilota <= 31/12/2026 Realizzare in ambiente test un sistema automatico di elaborazione ed invio report alle strutture <= 31/12/2026 Realizzare in ambiente test un report andamento spesa per materiali (sanitari e non) <= 31/12/2026
	6.2.2.2 Definizione e standardizzazione dei dizionari delle mappature dati per la reportistica sanitaria	N. dizionari gestiti entro il 31/12/2026 >= 1
6.2.3 - Migliorare l'efficienza delle <i>operations</i> (accettazione, logistica, magazzino, manutenzioni, ...)	6.2.3.1 Analizzare le anagrafiche clienti IZilab e risolvere i casi di sovrapposizione	% attività eseguite nel 2026 in rapporto a quelle previste di competenza 2026 >= 90%
	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
	6.2.3.3 Contenere la spesa in beni sanitari non inventariabili	Identificazione dei target per le diverse strutture <= 01/05/2026 Rispetto del target indicato <= 31/12/2026
	6.2.3.4 Aggiornamento piano dei centri di costo secondo la nuova organizzazione	Nuova mappatura dei CdC operativa <= 31/12/2026
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 Razionalizzazione degli applicativi aziendali in uso	Analisi delle funzioni attualmente svolte dai singoli applicativi in relazione ai processi gestiti e Condivisione del piano di lavoro per identificare gli interventi necessari <= 30/06/2026 % attività del piano di lavoro eseguite entro il 31/12/2026 >= 90%
	6.2.4.2 Revisione e segmentazione della rete aziendale	Completamento VLAN <= 31/12/2026
	6.2.4.3 Interventi per il miglioramento della sicurezza informatica	N. interventi eseguiti entro il 31/12/2026 >= 1

2.2.3 MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE

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

- il coordinamento delle attività dei diversi gruppi di lavoro da parte del referente della struttura Responsabile;
- la comunicazione da parte di tutte le strutture dell'andamento delle attività in corso d'anno. Si disegnano in questo modo momenti di valutazione utili per far emergere eventuali situazioni di difficoltà che mettono a repentaglio la possibilità di raggiungere l'obiettivo prefissato ed il target individuato. Su tali situazioni, in corso d'anno, interviene il controllo di gestione che mette in opera delle attività che, attraverso l'analisi degli elementi di difficoltà emersi dal monitoraggio, potrebbero portare all'individuazione di attività correttive e/o alla gestione di richieste di rinegoziazione che dovranno essere approvate dalla Direzione Strategica;
- il monitoraggio, in corso d'anno e finale, da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, dell'andamento dei diversi progetti obiettivo e delle modalità di applicazione delle attività di monitoraggio e gestione di cui ai punti precedenti;
- il processo di cui sopra è tracciato e monitorato attraverso una piattaforma appositamente dedicata, che consente l'archiviazione delle evidenze degli obiettivi raggiunti.

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA 2026 - 2028

PARTE GENERALE

2.3.1 INTRODUZIONE

Come previsto dalla normativa attuativa e ribadito dall'ANAC nel PNA 2025, il PIAO è orientato alla creazione di valore pubblico, inteso come miglioramento del benessere economico, sociale e ambientale delle comunità di riferimento. In tale quadro, il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza confluisce nella presente sezione, rafforzando l'integrazione tra programmazione, performance e responsabilità amministrativa.

La sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" è dedicata all'individuazione e alla gestione dei rischi di corruzione, di cattiva amministrazione e di conflitto di interessi, attraverso l'adozione di misure organizzative e procedurali di prevenzione. La trasparenza amministrativa, disciplinata dal D.lgs. n. 33/2013, rappresenta una misura fondamentale di prevenzione e uno strumento essenziale per promuovere integrità, legalità e fiducia nei confronti dell'amministrazione, favorendo la valutazione dell'azione amministrativa e il miglioramento dei risultati.

In coerenza con le indicazioni dell'ANAC, la predisposizione della presente sezione è stata accompagnata da una consultazione pubblica, finalizzata a coinvolgere gli stakeholder esterni e a raccogliere contributi utili al rafforzamento della strategia di prevenzione della corruzione e al perseguimento degli obiettivi di valore pubblico di IZSve.

La presente sottosezione è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, coordinandosi con i responsabili delle altre Sezioni e Sottosezioni, nonché i Responsabili delle diverse tematiche oggetto di programmazione, in coerenza con le linee strategiche definite dal Consiglio di Amministrazione e con gli obiettivi di Performance. Analogamente a quanto fatto negli anni precedenti, l'attività di analisi è stata effettuata alla luce delle indicazioni fornite da ANAC già con il PNA 2022 (allegato 1) e le indicazioni ANAC 2025.

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. 10 del 31/10/2025 (<https://www.IZSVenezie.it/codice-comportamento-etico-IZSve-2025/>)
- 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>)
- La "Whistleblowing policy: procedura per la segnalazione degli illeciti e delle irregolarità" (allegato 4 PTPCT 2024 -2026) <https://www.IZSVenezie.it/amministrazione/segnalazioni-illeciti/>
- Tutte le disposizioni, i provvedimenti interni, gli atti, le procedure e i regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti di attività esposti a rischio
- Allegato unico, con il seguente indice: n. 1 – *Mappatura dei processi con analisi, valutazione, trattamento dei rischi e monitoraggio delle misure 2026-2028*; n. 2 – *Tabella delle misure di trattamento 2026-2028*; n. 3 - *Elenco degli obblighi di pubblicazione - trasparenza (d. lgs. n. 33/2013)*; n. 4 – *Schema di patto di integrità*.

Nell'ottica di una maggiore partecipazione, 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 2026-2028 è stato pubblicato dal 19.01.26 al 25.01.26 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"

2.3.2 ANAGRAFICA

Si rinvia alla sezione “1. Anagrafica”.

2.3.3 INTRODUZIONE: OBIETTIVI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

In riferimento agli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dalla Direzione IZSve, che non risultano direttamente collegati a specifici obiettivi di performance, né a specifici obiettivi di Valore Pubblico (definiti per l'Area Strategica 5 - Etica, Legalità, Trasparenza e Qualità degli obiettivi strategici 2024-2026), si evidenzia come tali obiettivi assumano una funzione trasversale e di sistema, configurandosi quali condizioni abilitanti per il corretto svolgimento dell'azione amministrativa e per il perseguimento, nel medio-lungo periodo, degli obiettivi di performance e di valore pubblico dell'IZSve.

Rientrano tra tali obiettivi, in particolare:

- garantire il riesame e l'aggiornamento della mappatura dei rischi corruttivi;
- assicurare l'identificazione, la gestione e il monitoraggio dei rischi corruttivi;
- rafforzare le misure organizzative, procedurali e il sistema interno di prevenzione della corruzione e dell'illegalità;
- migliorare la qualità, la completezza e la trasparenza delle pubblicazioni in “Amministrazione Trasparente”;
- promuovere la formazione e la sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica pubblica, dell'integrità e della responsabilità;
- verificare periodicamente l'efficacia delle misure anticorruzione e l'attuazione degli interventi correttivi.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'IZSve si fonda sui seguenti strumenti:

- Piano triennale delle attività e Relazione programmatica annuale, che definiscono gli indirizzi per gli obiettivi di budget delle strutture;
- sistema di valutazione delle prestazioni dei dirigenti;
- metodica di budget gestionale;
- metodica per i centri di approvvigionamento e il budget degli investimenti.

In linea con i PNA, l'IZSve ha sviluppato un sistema che integra la gestione dei rischi, la pianificazione delle misure e il ciclo della performance, inserendo gli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza tra le strategie dell'ente e nel Piano delle attività.

La Relazione programmatica annuale definisce obiettivi, indicatori e risultati attesi per le diverse strutture. Anche l'anticorruzione e la trasparenza costituiscono un ambito strategico della programmazione aziendale, con obiettivi, azioni, responsabilità e tempistiche definite.

Le misure di prevenzione sono quindi tradotte in obiettivi di performance, inseriti nella Relazione programmatica annuale e nelle schede di budget, e collegati anche al sistema di valutazione e di retribuzione di risultato.

I dirigenti delle strutture sono responsabili dell'attuazione puntuale delle procedure aziendali e di tutte le misure previste, nei tempi stabiliti.

2.3.4 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

2.3.4.1 Contesto esterno

Rispetto alle analisi effettuate nelle sottosezioni 1.2 “Gli interlocutori o stakeholder” e 2.1 “Valore Pubblico” si valorizzano i seguenti elementi considerati rilevanti al fine della presente sottosezione.

L'ambiente operativo in cui opera IZSve, caratterizzato da un'elevata complessità organizzativa e territoriale, nonché da un alto livello di specializzazione tecnico-scientifica delle attività svolte, presenta alcuni fattori strutturali e congiunturali che, in astratto, possono incidere sull'esposizione al rischio corruttivo.

La presenza di una rete articolata di sedi e laboratori, unitamente alla necessità di garantire uniformità procedurale e adeguati livelli di controllo, può comportare difficoltà di presidio omogeneo dei processi e favorire prassi operative differenziate. L'elevata specializzazione delle attività, inoltre, può determinare asimmetrie informative e margini di discrezionalità tecnica.

Dal punto di vista congiunturale, particolari condizioni operative, quali l'aumento dei carichi di lavoro, le pressioni connesse alla richiesta di tempestività delle prestazioni, la gestione di situazioni di emergenza sanitaria e la continua evoluzione del quadro normativo e tecnologico, possono incidere sull'efficacia dei presidi di prevenzione, riducendo la capacità di controllo e di tracciabilità delle decisioni. Ulteriori elementi di attenzione sono rappresentati dai rapporti diretti e continuativi con l'utenza esterna e con i fornitori, nonché dalla gestione di risorse economiche e di procedure di affidamento, che richiedono un costante rafforzamento delle misure di trasparenza e tracciabilità, rotazione del personale nei ruoli più esposti, supervisione e formazione continua del personale.

Tali fattori rendono necessario il mantenimento di un sistema di prevenzione della corruzione integrato e dinamico, fondato sulla standardizzazione dei processi - attuata in conformità ai requisiti previsti dalla normativa applicabile e dai sistemi di gestione della qualità, che consentono anche la tracciabilità delle attività svolte e dei controlli - sulla chiara attribuzione delle responsabilità, sul monitoraggio continuo e sul rafforzamento della cultura dell'integrità, in coerenza con gli obiettivi di performance e di creazione di valore pubblico perseguiti da IZSVe.

Di seguito si riportano elementi informativi utili a individuare le principali criticità e opportunità del contesto socio-economico di riferimento che possono incidere sull'esposizione ai rischi, al fine di supportare una valutazione più consapevole e proporzionata e orientando l'adozione di misure di prevenzione adeguate e coerenti con le specificità del contesto di riferimento.

Indagine sull'esposizione e la percezione del rischio corruttivo del personale addetto all'accettazione campioni delle strutture IZSVe

Nel corso del 2025 è stata realizzata un'indagine conoscitiva rivolta al personale dell'Istituto operante presso le accettazioni, sia della sede centrale sia delle sedi periferiche, con l'obiettivo di analizzare il livello di esposizione al rischio corruttivo e di maladministration delle attività di front-office. L'indagine ha preso in considerazione sia situazioni oggettivamente riscontrabili, sia le percezioni del personale rispetto a potenziali fattori di rischio nell'esercizio delle proprie funzioni.

All'iniziativa ha partecipato l'81% del personale complessivamente coinvolto (n. 17 rispondenti su 21), consentendo di acquisire un quadro informativo significativo. Dall'indagine è emerso che la principale pressione esterna cui il personale risulta esposto nello svolgimento delle attività di front-office riguarda le richieste di trattare i campioni con carattere di urgenza (17% dei rispondenti) - avanzate per motivazioni diverse - alle quali gli operatori cercano di dare riscontro compatibilmente con le capacità operative disponibili.

A presidio di tali criticità, sono già attuate misure organizzative quali la supervisione di un dirigente e, ove possibile, la turnazione del personale di front office o la presenza di più operatori, al fine di evitare l'instaurarsi di rapporti continuativi con i medesimi utenti. Inoltre, grazie alla segmentazione del processo analitico, il personale di front office non dispone di informazioni né di potere di intervento sulle successive fasi di processazione dei campioni, riducendo così il rischio di indebite interferenze.

L'introduzione del sistema pagoPA ha, infine, contribuito a migliorare la percezione esterna della Pubblica Amministrazione: l'assenza di una cassa fisica costituisce un ulteriore fattore di disincentivo a comportamenti impropri, anche se in buona fede.

Il 59% dei rispondenti dichiara di non aver mai osservato né sospettato comportamenti di utenti e/o colleghi utenti suscettibili ad essere considerati poco trasparenti o impropri. La stessa percentuale segnala di sentirsi sicura nel comunicare eventuali comportamenti scorretti al proprio referente interno competente.

Sebbene dalle risposte emerga una buona conoscenza da parte del personale delle procedure interne per la prevenzione della corruzione, si ritiene comunque opportuno prevedere una formazione specifica rivolta al personale impegnato nelle attività di front-office.

Criminalità e Corruzione

In questa sezione si analizza la corruzione intesa come "grand corruption", ossia l'insieme di condotte penalmente rilevanti - quali corruzione, istigazione alla corruzione, concussione, turbativa d'asta, e simili - che hanno un impatto significativo sulla fiducia dei cittadini nelle istituzioni, sulla qualità dei servizi pubblici e sull'equità nell'allocazione delle risorse; ma anche la cd. la corruzione minore, chiamata "petty corruption", che si esplicita nella interazione tra i cittadini e i pubblici ufficiali e si riferisce a forme di corruzione di basso livello che coinvolgono importi modesti e operazioni quotidiane.

Le principali fonti statistiche ufficiali utili per la definizione del quadro territoriale sono:

- il Report sui reati corruttivi pubblicato dal Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, che elabora i dati sulle denunce di reati codificati come corruttivi per regione (https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-06/i_reati_corruttivi_maggio_2024.pdf Ministero dell'Interno);
- l'indagine ISTAT (<https://www.istat.it/comunicato-stampa/la-corruzione-in-italia/>);

Secondo l'ultimo report annuale del Ministero dell'Interno sui **reati corruttivi denunciati** (biennio 2024/2025), i tassi di reati corruttivi per 100.000 abitanti in alcune delle regioni/aree di interesse sono i seguenti:

Area territoriale	Reati corruttivi denunciati per 100.000 abitanti
Veneto	5,18
Friuli-Venezia Giulia	4,61
Trentino Alto Adige (TN e BZ)	4,24
Media nazionale	8,31

Questi dati indicano che, nelle aree considerate, la frequenza di reati corruttivi denunciati è inferiore rispetto al contesto nazionale, rappresentando un elemento di riferimento positivo nel contesto esterno per le attività di prevenzione della corruzione e per il rafforzamento della fiducia dei cittadini nelle istituzioni. Tuttavia, pur risultando inferiori alla media nazionale, i dati del Nord-Est confermano l'importanza di mantenere misure costanti di prevenzione e monitoraggio, anche in considerazione del fatto che la presenza di reati denunciati non esaurisce il fenomeno reale della corruzione, in quanto molte condotte corruttive rimangono sottese o non emergono nelle statistiche ufficiali.

Il territorio di competenza dell'IZSVE è caratterizzato da tessuti economici vivaci, una forte presenza imprenditoriale e rilevanti investimenti infrastrutturali. Emerge, quindi, una vulnerabilità a possibili infiltrazioni di tipo mafioso e crimino-affaristico. Sebbene la presenza stanziale di organizzazioni criminali risulti limitata e circoscritta ad alcune province, il territorio rimane attrattivo per attività illecite, sia nazionali sia internazionali, che possono interessare settori produttivi, turistici e la Pubblica Amministrazione. Eventi e opere di rilevanza economico-finanziaria, come le Olimpiadi invernali Milano-Cortina 2026, rappresentano ulteriori fattori di attenzione, potenzialmente esposti a tentativi di infiltrazione. Tali elementi costituiscono un riferimento fondamentale per l'analisi del contesto esterno e per la definizione di presidi adeguati di prevenzione e controllo.

Nell'Indagine ISTAT sulla sicurezza dei cittadini effettuata nel 2015-16 sono state introdotte per la prima volta domande utili a studiare il fenomeno della corruzione in Italia, approfondimento ripetuto nell'edizione dell'Indagine 2022-23. L'obiettivo è stimare il numero di famiglie coinvolte in dinamiche corruttive esplorate in otto settori chiave: sanità, assistenza, istruzione, lavoro, uffici pubblici, giustizia, forze dell'ordine, public utilities.

Nel Report di giugno 2024, relativo all'ultima indagine ISTAT, si evidenzia una significativa diminuzione delle richieste di denaro, favori, regali o altri vantaggi rivolte alle famiglie in cambio di agevolazioni, beni o servizi. In particolare, la quota di famiglie che ha ricevuto tali richieste nel triennio precedente l'intervista è passata dal 2,7% registrato nel 2015-2016 all'1,3% nell'edizione più recente dell'indagine.

Dall'indagine è emerso che l'unico settore in cui la corruzione non appare in calo è quello assistenziale, rimasto stabile al valore di 1,4% (circa 33mila famiglie). Al contrario, la diminuzione, statisticamente significativa, è più ampia in ambito lavorativo e per le richieste negli uffici pubblici. Si sono dimezzate le richieste in ambito sanitario e sono un quarto di meno nel settore giustizia.

Tra imprenditori e lavoratori autonomi cresce, invece, la percezione di richieste illecite: risulta di particolare rilevanza la percezione relativa all'ambito dei contratti con la PA, per i quali per oltre un rispondente su quattro (il 25,2%, circa 1 milione e 897mila) dichiara che in genere si è obbligati a pagare sempre o spesso.

Nel 2022-2023 sono stati introdotti dei quesiti volti a rilevare la tolleranza verso il fenomeno della Corruzione, dall'indagine è emerso che è ritenuto accettabile che un genitore offra o accetti di pagare per trovare lavoro a un figlio da circa 8 milioni e 695 mila cittadini (il 20,1% dei cittadini di 18-80 anni; per il 7,4% è sempre accettabile, per il 12,7% solo in alcune circostanze), mentre farsi raccomandare da familiari o amici per essere assunto è ritenuto accettabile per il 15,9%.

Il Nord-est mostra un livello di esposizione inferiore alla media nazionale, con 4,9 famiglie su 100 che dichiarano almeno un caso di corruzione nel corso della vita. L'analisi per settore conferma tale andamento: sanità (1,1), istruzione (0,4), lavoro (1,0) e uffici pubblici (1,7) presentano valori tra i più bassi a livello nazionale.

Considerato l'elevato numero di famiglie che si rivolgono agli uffici pubblici nel Nord-est, il dato suggerisce un contesto amministrativo complessivamente più solido e trasparente, pur in presenza di un rischio corruttivo non nullo.

Relativamente al rischio corruttivo percepito nel contesto del Nord-est, il quadro evidenzia un rischio percepito legato più ai rapporti economici con la Pubblica Amministrazione, in particolare nell'ambito degli affidamenti e dei contratti pubblici, piuttosto che ai procedimenti autorizzativi o giudiziari.

Tali elementi rafforzano, ai fini del PIAO, la necessità di:

- presidiare con particolare attenzione i processi di acquisto, affidamento e gestione dei contratti;
- rafforzare le misure di trasparenza, rotazione e controllo nei rapporti con il tessuto imprenditoriale;
- valorizzare strumenti di prevenzione volti a ridurre il rischio di percezioni distorsive nei rapporti PA-operatori economici.

Istruzione e placement post laurea

L'indagine AlmaLaurea 2025 sulla condizione occupazionale dei laureati (<https://www.almalaurea.it/i-dati/le-nostre-indagini/condizione-occupazionale-laureati>), che fotografa gli esiti occupazionali dei laureati italiani a uno, tre e cinque anni dal conseguimento del titolo, indica che i livelli di occupazione a 12 mesi dal titolo restano generalmente elevati a livello nazionale.

Sebbene la reportistica ufficiale di AlmaLaurea non renda immediatamente disponibili tassi specifici disaggregati per tutte le classi di laurea scientifiche (come veterinaria, biologia, chimica ecc..) a livello di singola area geografica, i dati nazionali mostrano che mediamente circa il 78-79 % dei laureati di secondo livello (magistrali) è occupato a un anno dal titolo e che questi valori risultano in linea o superiori rispetto alle medie osservate negli anni recenti, con alcune variazioni per disciplina e tipo di corso.

Ulteriori evidenze territoriali da singole università del Nord-Est confermano questi trend positivi:

- Università degli Studi di Trieste: i dati AlmaLaurea 2025 mostrano che il tasso di occupazione a 12 mesi per i laureati magistrali si attesta intorno all'87 %, significativamente superiore alla media nazionale per lo stesso livello di titolo.
- Università di Trento: secondo il Rapporto 2025 di AlmaLaurea, il tasso di occupazione dei laureati di secondo livello a un anno dal titolo è circa l'84,2 %, evidenziando un'ottima capacità di inserimento nel mercato del lavoro locale e oltre.
- Università degli Studi di Padova: secondo i dati disponibili sul sito di Ateneo (<https://www.unipd.it/corsi/verso-il-lavoro>) i laureati magistrali presentano un tasso di occupazione a circa un anno dal conseguimento della laurea superiore al 78%, arrivando all'88,8% a 5 anni.

I dati sul placement dei laureati nel Nord-Est evidenziano un contesto occupazionale complessivamente positivo: questo scenario ha implicazioni dirette anche sul rischio connesso ai processi di acquisizione del personale, soprattutto nei settori ad alta specializzazione in cui opera l'Ente. In contesti territoriali caratterizzati da un elevato tasso di occupazione post-laurea, infatti, la selezione tramite concorso pubblico incontra una platea di candidati già ben inseriti nel mercato del lavoro, riducendo le pressioni per pratiche scorrette o fenomeni corruttivi nella gestione delle procedure concorsuali.

In sintesi, l'elevato livello di occupazione dei laureati scientifici nel Nord-Est rappresenta un fattore di mitigazione del rischio corruttivo nei concorsi pubblici, contribuendo a garantire trasparenza, meritocrazia e affidabilità nella selezione del personale altamente qualificato richiesto dall'Ente.

Mercato del lavoro e redditi

Il Rapporto ISTAT sul mercato del lavoro – III trimestre 2025, segnala per l'Italia dinamiche del mercato del lavoro che mostrano segnali di rallentamento nella creazione complessiva di occupazione, pur mantenendo alcune componenti strutturalmente positive: Il tasso di occupazione si attesta al 62,5%, con una leggera diminuzione su base trimestrale; il tasso di disoccupazione scende al 6,1%, segnale positivo per la ricerca di lavoro, mentre il tasso di inattività (15-64 anni) cresce al 33,3%, indicando una partecipazione al mercato del lavoro non pienamente dinamica.

Nonostante un contesto economico nel complesso ancora più favorevole rispetto a molte altre aree italiane, il Nord-Est mostra segnali di rallentamento della crescita occupazionale nel III trimestre 2025. Questo quadro territoriale deve essere letto in relazione all'elevata presenza di imprese manifatturiere e di servizi dinamici nel Nord-Est, dove una flessione dell'occupazione può riflettere aggiustamenti strutturali più che una crisi reale del mercato del lavoro.

Con riferimento alle condizioni di vita nel 2024 i dati ISTAT mostrano un quadro sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente (<https://www.istat.it/comunicato-stampa/condizioni-di-vita-e-reddito-delle-famiglie-anni-2023-e-2024/>).

Gli individui che nel 2024 vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro (cioè con componenti tra i 18 e i 64 anni che nel corso del 2023 hanno lavorato meno di un quinto del tempo) sono il 9,2% (erano l'8,9% nel 2023).

A livello territoriale, nel 2024, il Nord-est si conferma la ripartizione con la minore incidenza di rischio di povertà o esclusione sociale (11,2%, era 11,0% nel 2023) e il Mezzogiorno come l'area del paese con la percentuale più alta (39,2%, era 39,0% nel 2023).

Nel 2023, il reddito netto medio delle famiglie italiane è stato di 37.511 euro annui (circa 3.125 euro al mese), con una crescita nominale del +4,2% rispetto al 2022, insufficiente però a compensare l'inflazione (+5,9%), causando un calo reale dei redditi del -1,6%.

Il Nord-est è tra le aree più colpite dalla perdita di potere d'acquisto: il reddito reale delle famiglie è calato del -4,6% nel 2023, il decremento più marcato tra le macroaree italiane.

Nonostante la contrazione, il reddito mediano nel Nord-est è il più elevato in Italia: 34.772 euro annui, circa il 16% sopra la mediana nazionale (30.039 euro) evidenziando comunque un contesto economico favorevole.

Questo indica che la maggior parte delle famiglie nell'area mantiene un reddito relativamente alto, anche se l'inflazione erode significativamente il potere d'acquisto.

Analisi del settore di riferimento

Nel 2024 l'Ispettorato centrale della tutela della qualità e della repressione frodi dei prodotti agroalimentari ha effettuato oltre 54.800 controlli, verificando più di 28.500 operatori e oltre 54.000 prodotti, con particolare attenzione ai prodotti DOP, IGP e biologici.

Nel corso delle attività sono stati sequestrati circa 13 milioni di chilogrammi di merce, per un valore complessivo superiore a 22 milioni di euro. Tali risultati confermano l'efficacia del sistema di controllo italiano a tutela della legalità, della qualità e della sicurezza alimentare.

Nel 2025 è previsto un ulteriore rafforzamento delle attività di vigilanza, con focus sui settori a maggior rischio, sul contrasto alle frodi online e alle pratiche commerciali sleali, sul controllo dei prodotti provenienti da aree deforestate illegalmente e sull'utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale per migliorare l'analisi e la prevenzione, promuovendo al contempo sostenibilità e trasparenza nelle filiere agroalimentari.

(fonte: https://www.masaf.gov.it/Report_ICQRF_2024)

Analisi del territorio di riferimento relativamente al settore degli appalti pubblici

Nell'ambito dell'analisi del contesto esterno, particolare rilevanza assume il settore degli appalti pubblici, in considerazione dell'elevato livello di esposizione al rischio corruttivo che storicamente caratterizza il mercato dei contratti pubblici. A tal fine, un riferimento fondamentale è rappresentato dagli indicatori di rischio corruttivo elaborati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) nell'ambito del progetto "Misurazione del rischio di corruzione", basati sui dati contenuti nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP).

Tali indicatori, articolati in diciassette tipologie, consentono un'analisi approfondita del rischio a livello territoriale, settoriale e temporale, considerando gli acquisti di tutte le amministrazioni localizzate su base provinciale e distinguendo per oggetto contrattuale (lavori, servizi e forniture), settore (ordinario e speciale) e anno di pubblicazione. La disponibilità di tali informazioni rappresenta un patrimonio informativo di particolare valore, difficilmente replicabile, che supporta le amministrazioni nella valutazione del contesto esterno e nell'individuazione delle aree maggiormente esposte a fenomeni corruttivi.

La consultazione aggiornata degli indicatori di rischio corruttivo negli appalti pubblici è resa disponibile da ANAC attraverso una specifica dashboard interattiva, accessibile al seguente link istituzionale:

<https://www.anticorruzione.it/-/indicatori-di-rischio-corruttivo-negli-appalti>

L'analisi dei dati e delle evidenze emerse a livello provinciale costituisce un elemento di supporto alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e alla definizione delle strategie di gestione del rischio all'interno del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Dati relativi al contenzioso IZSve

Si riportano di seguito i dati IZSve relativi al contenzioso, ai procedimenti disciplinari e alle segnalazioni di illeciti. Tali informazioni consentono di avere un quadro della frequenza e della natura dei ricorsi, delle contestazioni e dei procedimenti amministrativi o disciplinari che coinvolgono l'Istituto, offrendo elementi utili per la valutazione del rischio e per l'eventuale definizione di misure preventive.

Tipologia	Anno				
	2021	2022	2023	2024	2025
Ricorsi in materia di affidamento contratti pubblici	0	1	2 di cui 1(*)	1 (*)	0
Ricorsi in materia di procedure selettive del personale	0	0	0	0	0
Ricorsi in materia di gestione del personale	4	0	3	2 (**)	0
Procedimenti di responsabilità amministrativo contabile dinanzi alla Corte dei Conti	0		0	0	0
Sentenze passate in giudicato, procedimenti in corso e decreti di citazione a giudizio riguardanti reati contro la PA	0	0	0	0	0
Procedimenti disciplinari per violazione del Codice di comportamento ed etico	2	0	0	0	0
Procedimenti disciplinari per eventi corruttivi	0	0	0	0	0
Segnalazioni di illeciti prevenute attraverso la piattaforma di segnalazione	0	0	0	0	0

(*) Contenzioso iniziato in primo grado nel 2016, proseguito in appello nel 2019, ora in fase di impugnazione in Cassazione.

(**) Proseguimento in appello di due contenziosi del 2023

Conclusioni relative al contesto esterno

Si ribadisce quanto affermato l'anno scorso, ovvero come il crescente interesse delle organizzazioni di stampo mafioso per il territorio del nord-est, e l'incremento dei tentativi di infiltrazione e connessi reati spia, pur in presenza di un trend decrescente dei reati corruttivi sia a livello regionale che provinciale, rendano, comunque, necessaria una particolare attenzione nella gestione di tutte le fasi dei procedimenti amministrativi maggiormente a rischio, come il settore degli appalti pubblici. Si rileva tuttavia che dai dati relativi alla realtà dell'Istituto non si ravvisano ad oggi elementi che possano condurre a ritenere integrati, anche solo a livello di tentativo, possibili influenze legate ai fenomeni di cui sopra considerato anche l'entità del patrimonio istituzionale, il valore degli appalti e il volume ridotto dei contenziosi e delle procedure selettive in termini di frequenza e partecipanti.

La necessità di mantenere, comunque alta l'attenzione su tali ambiti era già stata rilevata dall'Istituto che, a partire dal biennio 2023 – 2024, ha avviato specifici audit interni congiunti, svolti dall'Ufficio Qualità e dal RPCT, attraverso i quali sono stati individuati alcuni elementi suscettibili di miglioramento, da gestire mediante apposite misure di mitigazione e trattamento illustrate nel presente documento.

Di seguito si riportano alcuni punti di attenzione e programmazione:

- Monitoraggio periodico dei reati corruttivi denunciati in ambito regionale/provinciale, in raccordo con i dati resi disponibili dal Ministero dell'Interno e dalle forze di polizia.
- Analisi interna dei rischi corruttivi nei processi organizzativi e decisionali dell'ente, con riferimento alle aree maggiormente esposte (es. appalti, autorizzazioni, concessioni, gestione fondi pubblici).
- Adozione di misure di sensibilizzazione e formazione per il personale, orientate alla diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle norme anticorruzione e agli strumenti di whistleblowing a disposizione per facilitare la segnalazione tempestiva di condotte anomale o potenzialmente corruttive.
- Collegamento tra dati ufficiali e indicatori indiretti derivanti, ad esempio, da indagini di clima interno, customer satisfaction, segnalazioni, contenziosi, segnalazioni da parte di organi di controllo.

2.3.4.2 Contesto interno

Rispetto all'analisi effettuata nella sottosezione 3.1 "Organizzazione e capitale umano" si valorizzano i seguenti elementi considerati rilevanti al fine della presente sottosezione.

L'Allegato unico alla presente sottosezione riporta:

- n. 1 – *Mappatura dei processi con analisi, valutazione, trattamento dei rischi e monitoraggio delle misure 2026-2028;*
- n. 2 – *Tabella delle misure di trattamento 2026-2028;*
- n. 3 - *Elenco degli obblighi di pubblicazione - trasparenza (d. lgs. n. 33/2013);*
- n. 4 – *Schema di patto di integrità.*

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 la Direttrice 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) – nominato dr. S. Affolati (DDG n. 13/2023);
- il Gestore delle segnalazioni sospette (antiriciclaggio) – nominata dr.ssa S. Casarotto (DDG n. 330/2022);
- il Servizio Ispettivo aziendale (DDG n. 470/2016 e successive delibere di rinnovo del Servizio).

A decorrere da maggio 2024, l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) è ricoperto dalla dr.ssa Paola Carnieletto, dirigente sanitario presso la U.O. Sistemi qualità e accreditamento della Direzione Sanitaria (DDG n. 5/2024). A partire da giugno 2025, il RPCT può avvalersi, nell'espletamento delle proprie funzioni, del supporto di una risorsa umana aggiuntiva assegnata alla struttura.

Regolamentazione aziendale

L'ISVVe 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'ISVVe 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'ISVVe. Costituiscono a pieno titolo misure preventive, ai fini della presente Sezione, i documenti pubblicati nella sezione amministrazione trasparente del sito istituzionale [h
https://www.IZSVenezie.it/amministrazione/amministrazione-trasparente/](https://www.IZSVenezie.it/amministrazione/amministrazione-trasparente/) con particolare riferimenti a quelli approvati nel corso dell'ultimo biennio di seguito indicati:

- Regolamento per l'istituzione e il funzionamento del Comitato Scientifico per la Formazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (DDG n. 33 del 02.02.2024);
- Regolamento per il recupero dei crediti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie – Modifiche (DDG n. 249 del 27.09.2024);
- Regolamento delle carte di credito - modifiche ed integrazioni (DDG n. 318 del 29.10.2024);
- Approvazione del nuovo "Regolamento per l'acquisizione di forniture di beni e servizi di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria", adottato a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023 - nuovo Codice dei Contratti Pubblici (DDG n. 92 del 25.03.25);
- Regolamento per l'utilizzo delle carte di credito - Modifiche ed integrazioni (DDG n. 402 del 23.12.25);
- Regolamento del Servizio di cassa economale - Modifiche ed integrazioni (DDG n. 404 del 23.12.25);

- Regolamento per 'acquisizione di lavori, forniture e servizi di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria (DDG n. 92 del 25/03/25), adottato a seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 36/2023 - nuovo Codice dei Contratti Pubblici;
- Documenti del Sistema di gestione della qualità: procedure gestionali, istruzioni operative ecc.

Tale elenco sicuramente non è esaustivo di tutti i Regolamenti 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.

IZSve ha adottato strumenti di monitoraggio finalizzati a verificare l'efficacia, l'efficienza e la qualità dei processi produttivi, sia sanitari sia amministrativi, dell'Istituto. Tali strumenti supportano il processo decisionale della Direzione e dei responsabili di struttura, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi istituzionali attraverso la fornitura di dati, informazioni e analisi sull'andamento complessivo e di dettaglio delle attività. A tal fine, l'Istituto sviluppa e mantiene il sistema di contabilità analitica e gli strumenti di monitoraggio e controllo, gestendo il relativo 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;
- l'adozione di un sistema di gestione della qualità, conforme alle normative applicabili, che prevede tra le attività di monitoraggio anche gli audit di parte seconda e terza;
- 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.

Oltre ai controlli regolati dalla normativa vigente, i progetti di ricerca sono soggetti a ulteriori forme di vigilanza esterna, come di seguito evidenziato:

- audit di 1° livello: obbligatorio per i progetti europei che ricevono un contributo superiore a € 425.000. Questo controllo è eseguito da un revisore esterno abilitato e riguarda la verifica di tutte le spese sostenute;
- audit di 2° livello: facoltativo, può essere effettuato dalla Commissione Europea o da un delegato. Questo controllo si applica a tutti i progetti europei e mira a verificare che i costi sostenuti siano conformi, corretti e ammissibili secondo le regole stabilite;
- controllo da parte di OLAF: condotto dall'Ufficio europeo per la lotta antifrode, può avvenire in qualsiasi momento. Questa verifica, che si basa su segnalazioni ricevute o documentazioni sospette, ha l'obiettivo di contrastare frodi, corruzione e altre attività illecite che compromettono gli interessi finanziari dell'Unione Europea;
- referaggio interno ed esterno per le ricerche correnti: da alcuni anni IZSve ha scelto di avvalersi di una doppia fase di selezione delle proposte progettuali da inviare al Ministero della Salute, programmando un primo referaggio interno, svolto da un gruppo di esperti per materia selezionati dalla direzione sanitaria, e di un secondo referaggio esterno con esperti per materia appartenenti ad altri enti;
- controlli da parte degli enti finanziatori: tutti gli enti che finanziano progetti possono programmare, in ogni momento, audit volti a verificare la correttezza, congruità e pertinenza delle spese rendicontate.

In tutti i casi sopra descritti, i controlli possono riguardare anche la parte scientifica del progetto, verificando la concreta realizzazione delle attività previste. I controllori possono chiedere di visitare i laboratori o luoghi specifici legati alla ricerca (es. stalle o allevamenti), visionare video/foto, materiale divulgativo, pubblicazioni e tutto ciò che può essere utile per verificare l'effettivo svolgimento delle attività relazionate, coinvolgendo direttamente il responsabile scientifico e/o il personale coinvolto nelle attività.

Dati relativi alle richieste di accesso pervenute

Vengono di seguito riportati i dati di riepilogo relativi alle richieste di accesso, ai sensi del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e della L. n. 241/1990 e s.m.i., per il triennio 2023–2025.

Tale rilevazione consente di monitorare l'andamento dell'esercizio del diritto di accesso e di valutare il livello di trasparenza e di apertura dell'Amministrazione nei confronti dei cittadini e degli stakeholder.

Tabella 1 - numero complessivo delle richieste pervenute in ciascun anno, distinti tra accesso civico e generalizzato e accesso agli atti ex L. 241/1990.

	2023	2024	2025
Accesso civico e generalizzato D.lgs. n. 33/2013	28	10	12
Accesso agli atti L. 241/90	11	3	8
Totale	41	13	20

Tabella 2 - numero delle richieste di accesso civico e di accesso generalizzato, suddivise tra quelle afferenti all'Area Sanitaria e all'Area Amministrativa.

	2023	2024	2025
Area Sanitaria	19	9	9
Area Amministrativa	9	1	3
Totale	28	10	12

Tabella 3 - numero delle richieste di accesso agli atti ai sensi della L. 241/1990, articolate per ambito di riferimento: acquisizione e gestione del personale, contratti pubblici, Area Sanitaria e altre tipologie.

	2023	2024	2025
Personale	1	1	4
Contratti	5	1	2
Sanitaria	4	0	2
Altro	1	1	0
Totale	11	3	8

Il numero di richieste di accesso civico e generalizzato, in particolare in ambito sanitario, tende a correlarsi a eventi di rilevanza mediatica che coinvolgono l'ISZVe (es. il ritrovamento di carcasse di orsi nel 2023 nel territorio di competenza dell'Ente).

Per quanto riguarda l'accesso documentale, dopo la flessione registrata nel 2024, il dato del 2025 risulta in linea con quello del 2023, confermando un numero di richieste contenuto rispetto all'ampio volume di provvedimenti annualmente prodotti dall'Ente, pertanto, un numero contenuto di richieste può essere interpretato positivamente, come indicativo di un'amministrazione trasparente e accessibile.

Risorse Finanziarie dell'ISZVe

Per quanto concerne la situazione economica va esaminato il risultato economico dal 2021 al 2024 che si presenta come segue:

RISULTATO ECONOMICO		
2022	2023	2024
- 811.623,00	427.260,00	667.702,52

Il risultato del bilancio d'esercizio 2024 è influenzato positivamente dal riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale relativo all'anno 2024 avvenuto ad opera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) con delibera n. 88 del 19 dicembre 2024 pubblicata in G.U. n. 25 del 31 gennaio 2025, nel quale si riscontra un modesto incremento della quota di riparto per l'Istituto (euro 628.220,00), rimasta inalterata dal 2013.

Nel medesimo riparto è stato altresì deliberato il ristoro dei costi sostenuti per il rinnovo contrattuale dei Dirigenti dell'Area Sanità afferenti all'Istituto, relativi al triennio 2019-2021, per l'annualità 2024 e per i relativi arretrati.

Al fine di comprendere meglio la situazione economica dell'Ente è utile mettere a confronto il valore della produzione con i costi della produzione come di seguito:

	2022	2023	2024	Differenza 2024/2023
Valore della produzione	50.951.367,00	54.443.261,60	58.461.905,53	4.018.643,93
Costi della produzione	52.165.146,00	52.414.214,51	55.419.086,06	3.004.871,55

Pertanto come si può vedere dal confronto fra il 2024 con il 2023 si è verificato un aumento notevole del valore della produzione in seguito al finanziamento degli oneri contrattuali anche pregressi, dei ricavi relativi ai finanziamenti per progetti/ricerca fra i quali il PNRR e i ricavi relativi all'attività commerciale a fronte di un moderato aumento dei costi della produzione contenuto a seguito di un'oculata gestione delle risorse a disposizione.

Indici di tempestività dei pagamenti

In base all'art. 9, comma 3 del DPCM 22 settembre 2014, l'indicatore 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.

INDICATORE ANNUALE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI DELLE TRANSAZIONI COMMERCIALI (ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.L. 66/2014 convertito con Legge 23 giugno 2014, n. 89):

Anno 2024: **- 9,46**

(tempo medio ponderato di pagamento dalla PCC; 46,43 gg; tempo medio di ritardo dalla PCC: - 9,46 gg)

INDICATORE DI TEMPESTIVITÀ DEI PAGAMENTI DELLE TRANSAZIONI COMMERCIALI RELATIVO AL PRIMO TRIMESTRE 2025 (articolo 9, comma 2, DPCM 22/9/2014)

Anno 2025: **- 8,11**

Fondi e progetti in ambito PNRR – PNC

Per completezza della situazione economica, si riportano di seguito i progetti legati ai fondi PNRR e PNC.

Titolo Progetto	Durata	Budget assegnato (€)	Budget speso (€)
Progetto PNRR “One Health Basic and Translational Actions Addressing Unmet Needs on Emerging Infectious Diseases (INF-ACT)	01/11/2022-30/04/2026	1.658.767,00	1.658.767,00
Progetto PNRR-PNC Convenzione ex art. 15 della L. n. 241/1990 per la realizzazione dei subinvestimenti del programma “Salute, ambiente, biodiversità e clima” con obiettivo “Rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata”	25/03/2024 - 31/12/2026	3.829.300,00	3.828.154,44
Progetto PNRR-PNC “Valutazione della esposizione e della salute secondo l’approccio integrato One Health con il coinvolgimento delle comunità residenti in aree a forte pressione ambientale in Italia”	15/03/2023-31/12/2026	150.000,00	82.099,99
Progetto PNRR MER (PNRR) - Missione 2 Rivoluzione verde e transizione ecologica - Componente 4 Tutela del territorio e della risorse idrica - Investimento 3.5. “Ripristino e tutela dei fondali degli habitat marini”	11/11/2023-30/06/2026	362.612,00	289.680,92 Attività in corso e spese programmate
Progetto PNRR PNC SALUTE, AMBIENTE, BIODIVERSITA’ E CLIMA - Investimento 1.2) “Sviluppo e implementazione di 2 specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in siti contaminati selezionati di interesse nazionale”. Modello di intervento n.2) “Valutazione dell’esposizione di popolazione agli inquinanti organici persistenti, metalli e pfas ed effetti sanitari, con particolare riferimento alle popolazioni più suscettibili – InSinergia	05/12/2024-31/12/2026	481.100,00	324.755,75 Attività in corso e spese programmate

Conclusione contesto interno

Sulla base di quanto sopra esposto non si rilevano elementi per discostarsi dalle conclusioni del contesto esterno e quello degli stakeholder.

2.3.5 MAPPATURA DEI PROCESSI, CON ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

2.3.5.1 Mappatura dei processi

L'attività di valutazione e gestione del rischio è stata svolta secondo la metodologia e l'approccio indicati nell'Allegato 1 del PNA 2019, attraverso una valutazione di tipo semi-quantitativo.

La mappatura dei processi non si è limitata alle "aree a rischio obbligatorie e generali" previste dal PNA, ma ha incluso anche ulteriori processi amministrativi e tecnici individuati dai responsabili di struttura.

Nel dettaglio sono stati analizzati i rischi riferiti alle seguenti aree:

1. Aree di 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 giuridica 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.

2. 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, degli obiettivi di valore pubblico 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. Attività Istituzionale di 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 di 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).

Nel 2018 i processi dell'area sanitaria sono stati oggetto di una revisione strutturata nell'ambito di un progetto coordinato dal RPCT e dal Responsabile Qualità, inserito in un corso di formazione sul risk management rivolto ai dirigenti dell'area sanitaria. Il percorso ha previsto attività teoriche e pratiche in piccoli gruppi, finalizzate alla mappatura dei processi, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure di trattamento. Le schede di gestione del rischio elaborate sono state successivamente valutate dalla Direzione sanitaria, che ha definito i processi da inserire nel PTPCT.

Nel 2022, anche grazie ai risultati del progetto formativo, la mappatura dei processi sanitari è stata aggiornata e resa più chiara e comprensibile, con una nuova valutazione dei rischi. Nel 2024 i Direttori di struttura complessa hanno partecipato a una nuova edizione del corso sul Risk management, che ha consentito di rivedere ulteriormente la mappatura dei processi aziendali, anche in un'ottica di integrazione con gli altri sistemi di gestione, in particolare quello della qualità. Gli esiti del corso sono stati approfonditi con la Direzione al fine di individuare i processi da riesaminare prioritariamente e inserirli tra gli obiettivi strategici futuri. Per l'area della ricerca, la mappatura dei processi è stata effettuata distinguendo tra progetti finanziati con fondi pubblici e progetti finanziati con fondi privati, tenendo conto delle specificità delle diverse tipologie di finanziamento.

3. Aree di rischio "Ulteriori"

Rientrano in tali aree quelle individuate dall'IZSVe:

- Servizio informatica;
- Laboratorio formazione.

Il processo di mappatura è in fase di continuo sviluppo al fine di garantire gli approfondimenti sulle metodologie da impiegare per l'individuazione e analisi dei rischi.

In continuità con le attività avviate negli anni precedenti, anche nel 2025 le Strutture hanno provveduto alla verifica, integrazione e revisione del Catalogo dei processi, dei relativi sottoprocessi e delle misure, nonché all'aggiornamento del Catalogo dei rischi.

Con riferimento ai processi amministrativi mappati, ai fini dell'adozione della presente Sezione, ciascun dirigente di struttura ha effettuato, per il proprio ambito di competenza, le integrazioni, modifiche e revisioni ritenute necessarie, sulla base delle risultanze del monitoraggio svolto e della rivalutazione dei rischi. In considerazione della stretta integrazione con il sistema qualità, l'attuazione delle misure di trattamento relative all'area sanitaria è coordinata dall'Ufficio Qualità.

La tabella allegata alla presente Sottosezione (*Allegato unico – indice n. 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.

Previsione 2026-2028: revisione della mappatura e relativa analisi dei rischi, anche a seguito della riorganizzazione interna, con contestuale riesame della metodologia di ponderazione del rischio.

2.3.5.2 Valutazione del rischio: identificazione, analisi e misurazione degli eventi rischiosi

In coerenza con l'ampia definizione di "corruzione" adottata dal PNA e dalla presente Sezione, l'IZSve considera eventi rischiosi tutti quelli che, in relazione ai diversi processi, possono determinare una deviazione dell'azione amministrativa dall'interesse pubblico a favore di interessi particolari.

L'individuazione degli eventi rischiosi è stata effettuata mediante l'integrazione di diverse fonti e metodologie, tra cui l'analisi delle caratteristiche dei processi, il benchmarking con amministrazioni analoghe, il registro dei rischi presente nella piattaforma informatica (aggiornato nel 2022) e l'esame di episodi di cattiva gestione verificatisi in passato nell'amministrazione o in enti del medesimo settore.

L'analisi dei rischi è finalizzata a valutare il livello di esposizione al rischio dei processi e viene condotta per ciascun rischio associato ai singoli sottoprocessi. Questa attività consente di individuare i principali fattori abilitanti di comportamenti corruttivi, prevalentemente di natura organizzativa, procedurale o di contesto, e di definire le misure di trattamento più idonee a ridurre la probabilità di accadimento e l'impatto degli eventi.

La valutazione del rischio a livello di singolo sottoprocesso è effettuata in autovalutazione dai responsabili dei processi ed è soggetta a riesame periodico nell'ambito delle attività di monitoraggio e aggiornamento del PTPCT.

Il rischio inerente viene calcolato come media dei punteggi attribuiti agli indici di probabilità e impatto, mentre il rischio residuo si ottiene considerando anche il livello di affidabilità dei controlli esistenti ("regolamentazione"). Le risultanze sono trasmesse al RPCT per le valutazioni di competenza.

A ciascun indice è associata una scala crescente su quattro livelli (1–4). Per l'indice di regolamentazione, il punteggio varia tra 0,4 (processo sotto controllo) e 1 (processo non controllato).

In coerenza con le indicazioni del PNA, la valutazione si basa sui seguenti indici applicati ai sottoprocessi:

- Probabilità: considera i fattori che favoriscono il verificarsi dell'evento rischioso, come discrezionalità del processo, gestione dell'imparzialità e dei conflitti di interesse, informatizzazione, rilevanza esterna degli effetti, complessità e chiarezza del processo e presenza di precedenti;
- Impatto: valuta le conseguenze potenziali sotto il profilo organizzativo, economico e reputazionale, tenendo conto del livello di responsabilità dei soggetti coinvolti e degli effetti sui servizi e sugli utenti;
- Regolamentazione: misura il grado di presidio del rischio in relazione all'esistenza, all'applicazione e all'efficacia delle procedure e dei controlli, nonché all'eventuale supporto dei sistemi informativi.

I punteggi assegnati ai singoli indici consentono all'IZSve di determinare il rischio inerente e residuo, in linea con la metodologia prevista dal PNA:

- rischio inerente (inteso come il rischio presente in assenza di qualsiasi intervento di mitigazione) = media della Probabilità × media dell'Impatto

- rischio residuo (ossia il rischio che permane dopo l'attuazione delle misure di trattamento) = media della Probabilità × media dell'Impatto × Regolamentazione (= Rischio inerente × Regolamentazione)

La misurazione del rischio consente ad IZSve di supportare i processi decisionali individuando quali rischi richiedono interventi di trattamento e definendone le priorità di attuazione. In altre parole, consente di stabilire le azioni più idonee a ridurre l'esposizione al rischio, tenendo conto degli obiettivi dell'organizzazione e del contesto operativo attraverso un confronto tra rischi e contesto. In alcuni casi la misurazione ha portato alla decisione di mantenere invariate le misure già esistenti, senza ulteriori interventi, quando il rischio risulta adeguatamente controllato.

Nell' *Allegato unico – indice n. 1 – Mappatura dei processi con analisi, valutazione, trattamento dei rischi e monitoraggio delle misure 2026-2028* sono riportati, per ciascun sottoprocesso, gli esiti delle autovalutazioni del rischio inerente e del rischio residuo, quest'ultimo determinato tenendo conto delle misure di mitigazione attuate dalle strutture.

2.3.6 TRATTAMENTO E MONITORAGGIO DEL RISCHIO: IDENTIFICAZIONE, PROGETTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE E DEGLI INDICATORI ANTICORRUZIONE A GARANZIA DELL'IMPARZIALITÀ E DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO

2.3.6.1 Trattamento del rischio e gestione delle misure di prevenzione

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare le azioni e i correttivi più idonei a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse dalla valutazione degli eventi rischiosi. Questa fase mira a progettare interventi organizzativi volti a ridurre o neutralizzare il rischio di corruzione.

Per ciascuna misura da implementare IZSve definisce:

- Termine di attuazione: tempi previsti per realizzare la misura o le sue fasi, indicando se si tratta di misura di mantenimento;
- Struttura e responsabile: soggetto incaricato dell'attuazione;
- Indicatore di monitoraggio: parametro utile a verificare il livello di realizzazione della misura.

Come previsto dal PNA 2019, ogni misura è classificata in una delle seguenti categorie:

- controlli;
- trasparenza;
- regolamentazione;
- semplificazione o organizzazione dei processi;
- rotazione interna;
- formazione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- segnalazione e protezione;
- informatizzazione dei processi.

Le singole misure di prevenzione dei rischi di corruzione nelle attività maggiormente esposte, sono dettagliatamente elencate nella *Tabella delle misure di trattamento 2026-2028 (Allegato unico – indice n. 2)*.

Di seguito si riportano le principali misure adottate in IZSve:

1. Misure generali (trasversali all'ente)

1.1 Misure organizzative e di prevenzione dei conflitti di interesse

- Adozione e verifica dell'applicazione del **Codice etico e di comportamento** dei dipendenti. Il Codice etico e di comportamento IZSve, pubblicato anche sul sito istituzionale nella sottosezione "Amministrazione trasparente" e alla pagina <https://www.IZSVenezie.it/documenti/amministrazione/regolamenti-interni/codice-comportamento-etico-IZSve-2025.pdf>, è stato aggiornato nel 2025 al fine di recepire le indicazioni contenute nel D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81. 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 anche nel 2025 sono stati erogati corsi di formazione rivolti al personale.

- Acquisizione delle dichiarazioni di **assenza di conflitti di interesse, incompatibilità e cause di astensione** previste dalla normativa vigente, sottoscritte dai soggetti coinvolti nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici: il Codice Etico e di Comportamento dell'IZSve prevede specifici obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitto di interessi, la cui valutazione è rimessa al dirigente responsabile. A seguito della sua approvazione l'Ente acquisisce e aggiorna sistematicamente le dichiarazioni del personale. Nel tempo sono state attuate e vengono costantemente mantenute azioni volte alla prevenzione e al monitoraggio dei conflitti di interesse, tra cui: l'acquisizione, gestione e conservazione delle dichiarazioni del personale del comparto e dirigenziale; il monitoraggio annuale sull'attuazione del Codice di Comportamento; l'applicazione del "Programma operativo per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse", supportato da una banca dati informatizzata aziendale; l'acquisizione di dichiarazioni specifiche per il personale coinvolto in procedure di gara, concorso, attività formative, di ricerca, consulenza e collaborazione; la verifica delle cause di inconfiribilità e incompatibilità; nonché l'adempimento degli obblighi di trasparenza per i titolari di incarichi di direzione, amministrazione o governo. A supporto del sistema sono inoltre previste attività di formazione, informazione e sensibilizzazione. Per consulenti e collaboratori esterni è acquisita, prima del conferimento dell'incarico, apposita dichiarazione attestante l'assenza di conflitti di interesse, anche potenziali, nel rispetto della normativa vigente; l'esito della verifica è pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale.

Ai sensi dell'art. 16 del D. Lgs. n. 36/2023, IZSve in qualità di stazione appaltante adotta misure idonee a prevenire e gestire efficacemente le situazioni di conflitto di interessi nelle procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici, assicurando il rispetto degli obblighi dichiarativi previsti dalla norma.

Come ribadito dal PNA 2022, le strutture competenti della stazione appaltante possono effettuare controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni rese, comprese quelle del RUP, attivandoli ogniqualvolta emergano dubbi sulla veridicità delle informazioni fornite. In coerenza con il "Programma operativo per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse" (Allegato 4 al PTPCT 2017-2019), i controlli e le verifiche si basano principalmente su: l'esame delle dichiarazioni e delle eventuali situazioni di conflitto segnalate; segnalazioni provenienti dall'esterno, anche anonime; informazioni desumibili da fonti pubbliche e banche dati istituzionali; elementi risultanti dal curriculum vitae, nonché ogni altro elemento utile disponibile per il responsabile del procedimento.

- Individuazione dei **criteri di rotazione** nelle aree a più elevato rischio di corruzione (es. nomina del RUP, incarichi dirigenziali), ove possibile. Ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione (es. situazioni che comporterebbero sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici /strutture cui sono affidate attività di elevato contenuto tecnico, con conseguente rischio di interruzione della continuità dell'azione amministrativa – es. prestazione direttamente correlata al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo), IZSve adotta scelte organizzative e/o altre misure di natura preventiva con effetti analoghi;
- Attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di **conflitto di interessi**, anche mediante apposite sessioni formative;
- Autorizzazione allo svolgimento di **incarichi extra-istituzionali** rilasciata dal Direttore Generale, secondo il Regolamento vigente: IZSve ha adottato, con DDG n. 429 del 14 agosto 2015, il Regolamento sulle incompatibilità e sulle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali, che definisce criteri e procedure per il rilascio delle autorizzazioni al personale dipendente, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001. Nel 2022 l'Istituto ha completato l'implementazione della procedura informatica per la gestione delle autorizzazioni agli incarichi extraistituzionali. La struttura SCA1 adotta le dovute iniziative a tutela dell'ente trasmettendo al RPCT una relazione al 30.11 di ciascun anno che indichi eventuali violazioni accertate.
- Rispetto e sorveglianza delle disposizioni in materia di **inconfiribilità e incompatibilità** degli incarichi (D. Lgs. 39/2013). Con riferimento alla realtà dell'IZSve è da considerarsi applicabile al Direttore generale, sanitario, amministrativo ed agli incarichi di natura gestionale della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale con esclusione della dirigenza dell'area sanità. 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 struttura SCA1 Risorse Umane provvede a:
 - inserire nei bandi e negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali l'espressa indicazione delle 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 inconfiribilità e incompatibilità dai destinatari dell'incarico;
 - effettuare le verifiche sulle dichiarazioni rese relativamente all'insussistenza delle cause di inconfiribilità/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.
 - 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 SCA1 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.

- Rispetto e sorveglianza delle disposizioni in materia di **formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**: 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. 71 del 25.02.2020. 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 competenti 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.

- Tutela del **whistleblower**: allo scopo di fornire indicazioni operative sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni l'IZSVE ha pubblicato sul proprio sito istituzionale e nella sezione "Amministrazione trasparente/altri contenuti/corruzione" la **"whistleblowing policy"** (elaborata nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs. n. 24/2023 e delle linee guida dall'ANAC), oltre ad aver attivato un indirizzo di posta elettronica dedicato whistleblowing@IZSVenezie.it gestito dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Dal 2019, sul sito istituzionale è inoltre attivo un canale riservato criptato per ricevere tali segnalazioni. Qualora il RPCT, in qualità di soggetto destinatario di una segnalazione pervenuta tramite il canale interno di whistleblowing, rilevi una situazione di conflitto di interessi, procede alla formale presa in carico della segnalazione, astenendosi da ogni attività di valutazione e gestione della stessa.

In tali casi, al fine di garantire l'imparzialità e l'effettività della tutela del segnalante, la segnalazione è trasmessa, secondo le modalità previste dalla normativa vigente e dalle Linee guida ANAC in materia di whistleblowing, al soggetto competente individuato dall'ordinamento, dandone contestuale comunicazione al segnalante.

- **Accreditamento e certificazione dei sistemi di gestione della qualità** conformi alle norme ISO/IEC 17025, ISO/IEC 17043 e ISO 9001: le attestazioni rilasciate a IZSVE da organismi terzi indipendenti attestano la competenza tecnica, nonché l'indipendenza e l'imparzialità delle attività svolte dall'Ente.
- adozione di indicatori "sentinella" finalizzati a monitorare il livello di **benessere organizzativo del personale** e a supportare la valutazione e la prevenzione del **rischio da stress lavoro-correlato**;
- Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (**pantouflage – revolving doors**): IZSVE, tramite le strutture competenti, adotta le seguenti misure: inserimento nei contratti individuali di lavoro del personale dirigente di una clausola che prevede espressamente il divieto di pantouflage; inserimento nei bandi di gara e negli atti preliminari agli affidamenti di contratti pubblici, anche mediante procedura negoziata, dell'obbligo per gli operatori economici di dichiarare di non aver conferito incarichi o stipulato contratti di lavoro con ex dipendenti che, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti; esclusione dalle procedure

di affidamento degli operatori economici per i quali emerge la violazione di tale obbligo; azione in giudizio per il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti in caso di violazione del divieto previsto dall'art. 53, comma 16-ter, del 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. Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'ente trasmettendo al RPCT una relazione al 30.11 di ciascun anno che indichi eventuali violazioni accertate distinguendo tra assunzioni e incarichi professionali.

- **Patti di integrità negli affidamenti:** nel corso del 2025 lo schema di Patto di integrità è stato oggetto di revisione, la cui versione finale risulta è allegata al presente PIAO (*allegato unico – indice n. 4*);
- **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;
- **Informatizzazione dei processi:** IZSve ha progressivamente implementato l'informatizzazione e la digitalizzazione dei processi amministrativi, anche come misura generale di prevenzione della corruzione. Tali strumenti riducono i margini di discrezionalità non controllata e rafforzano i sistemi di gestione e controllo dell'attività amministrativa. Inoltre, assicurano la tracciabilità di tutte le fasi dei procedimenti, permettono di individuare con chiarezza le responsabilità e di evidenziare i momenti di maggiore criticità, contribuendo alla trasparenza, alla correttezza e all'integrità dell'azione dell'Ente;
- **Attestazione OIV** quale misura di monitoraggio e controllo istituzionale che garantisce la trasparenza e la correttezza dell'azione amministrativa, in particolare sui processi di performance, prevenzione della corruzione e gestione del rischio;
- **Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile:** IZSve adotta azioni per consentire la partecipazione attiva dei cittadini e coinvolgere i portatori di interesse, quali:
 - diffusione della strategia di prevenzione adottata dall'IZSve tramite la pubblicazione sul sito web aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione, dei documenti e delle informazioni rilevanti, in particolare del Piano, dei suoi aggiornamenti e della relazione annuale sullo stato di attuazione;
 - possibilità di inviare segnalazioni tramite il modulo online "Modulo reclami, appelli, segnalazioni, suggerimenti, elogi" disponibile sul sito istituzionale o la piattaforma whistleblowing (<https://survey.IZSVenezie.it/index.php/884391?newtest=Y&lang=it>);
 - sondaggi e attività di customer satisfaction;
 - pubblicazione sul sito istituzionale dei documenti e delle informazioni che illustrano i principali obiettivi strategici dell'ente (quali, ad esempio, il bilancio di mandato), nonché delle attività svolte, degli strumenti di programmazione e dei documenti di rendicontazione (tra cui il bilancio, la relazione tecnica e il bilancio di sostenibilità).

1.2 Misure di pianificazione e trasparenza

- Adozione delle misure previste dal Piano triennale di prevenzione della corruzione.
- Applicazione delle misure di trasparenza previste dal D.Lgs. 33/2013 (per i dettagli si rimanda al paragrafo 2.3.8).

1.3 Formazione

- Erogazione di specifici corsi di formazione su legalità, etica e imparzialità (si rimanda al sottoparagrafo "monitoraggio del rischio"). L'attività formativa prevista nel Piano Formativo Annuale (P.F.A.) è strutturata su due livelli:
 - livello generale, rivolto a tutto il personale e ai collaboratori, con generale sui temi dell'etica, della legalità e sulla conoscenza del Codice di comportamento nazionale e del Codice etico e di comportamento aziendale;
 - livello specifico, destinato al RPCT, ai referenti, ai dirigenti e ai funzionari operanti nelle aree a rischio, focalizzato sulle politiche, sugli strumenti di prevenzione della corruzione e sulle tematiche settoriali connesse ai rischi legati alle modalità operative e al ruolo svolto.

2. Misure di prevenzione specifiche

- Monitoraggio e vigilanza su enti di diritto privato in controllo pubblico e partecipati;
- Partecipazioni dell'IZSve in enti di diritto privato.

3. Misure specifiche dell'area sanitaria e laboratoristica

Per l'area sanitaria, uno dei principali rischi di imparzialità per l'IZSVE è rappresentato dal possibile conflitto di interessi tra le attività istituzionali svolte ai sensi del Regolamento UE 2017/625 e le prestazioni erogate in regime di diritto privato, in particolare nell'ambito della sicurezza alimentare, dove può determinarsi una sovrapposizione dei ruoli di controllore e controllato. Pertanto, la Direzione pone particolare attenzione all'attuazione di adeguate misure a garanzia dell'imparzialità dell'attività sanitaria, tra cui: verifiche in sede di audit interni e di parte terza sulla separazione delle attività istituzionali da quelle a pagamento, sulla segregazione delle funzioni nelle fasi critiche dei processi, sulla gestione in anonimato dei campioni e dei dati, sull'esclusione del personale coinvolto nelle fasi critiche dei proficiency testing, nonché sull'adempimento degli obblighi di notifica alle autorità sanitarie. Sono inoltre previsti monitoraggi periodici degli indicatori di processo, rendicontazioni in sede di riesame della direzione e specifici corsi di formazione su legalità, etica e imparzialità.

Per l'area della ricerca, le misure adottate includono la massima diffusione delle informazioni sui bandi pubblici, la valutazione anonima dei progetti tramite referee esterni e la rendicontazione delle attività di ricerca, sia pubbliche che private. A presidio dei conflitti di interesse è confermata l'acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse dei responsabili scientifici, unitamente all'applicazione delle misure previste dal Codice di comportamento e dagli strumenti di trasparenza.

3.1 Misure organizzative e di segregazione delle funzioni

- Separazione fisica delle attività istituzionali da quelle per autocontrollo; qualora non possibile, adozione di soluzioni organizzative alternative.
- Adozione di modelli organizzativi che garantiscono la segregazione delle funzioni nelle fasi critiche dei processi.
- Esclusione, in qualità di partecipante, del personale coinvolto nelle fasi critiche dell'organizzazione degli schemi di proficiency testing.

3.2 Gestione del campione e del dato

- Esecuzione delle analisi su campioni anonimizzati mediante codice alfa-numerico.
- Gestione informatizzata del dato, con trasferimento automatico dei risultati, ove possibile.
- Esecuzione di analisi statistiche su dati anonimizzati dei partecipanti ai proficiency testing (AQUA).

3.3 Monitoraggi e controlli di processo

- Analisi dell'andamento di specifici indicatori di processo per individuare eventuali trend anomali (es. ristampe di rapporti di prova).
- Verifica periodica, da parte del Direttore di Struttura Complessa, delle analisi derivate da esami autoptici (esami di seconda istanza).
- Rendicontazione dei monitoraggi semestrali delle missioni in sede di riesame della direzione.
- Rendicontazione delle attività di ricerca commissionate da privati in occasione del riesame di direzione di struttura.

3.4 Audit e riesami

- Verifica della separazione tra controlli ufficiali e prestazioni a pagamento.
- Verifica della separazione funzionale delle fasi del processo analitico e dell'applicazione dei modelli organizzativi adottati.
- Verifica della gestione in anonimato dei campioni.
- Verifica del rispetto dell'esclusione del personale coinvolto nei proficiency testing e della gestione statistica anonimizzata dei dati.
- Verifica dell'avvenuta notifica delle malattie infettive e dei patogeni alimentari soggetti a obbligo di segnalazione.

3.5 Riesame dei rischi di imparzialità

- Riesame annuale dei rischi di imparzialità specifici di ciascun laboratorio in occasione del riesame di struttura e del riesame generale della direzione sanitaria, come previsto dal sistema qualità.
- Verifica, da parte di ciascun Direttore di struttura complessa, dell'andamento degli indicatori di processo rilevanti per il rischio di imparzialità (es. Rapporti di prova Bis).

Monitoraggio delle misure

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 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 e quello delle misure generali.

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 *maladministration*.

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.

Come previsto nella Sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027 e nella precedente edizione, nel corso del 2025 il RPCT ha proseguito il monitoraggio di secondo livello presso l'area amministrativa, tramite audit interno effettuati a rotazione nelle diverse strutture e in modalità integrata con le verifiche del sistema di gestione della qualità.

L'attività ha avuto lo scopo di valutare sul campo l'applicazione delle misure previste nella presente Sezione e la conformità di comportamenti, procedure e prassi, con particolare riferimento al servizio tecnico

Per il 2026, per le medesime finalità e compatibilmente con le risorse disponibili, il RPCT proseguirà l'attività di monitoraggio di secondo livello dei processi amministrativi tramite audit interni, anch'essi integrati con quelli del sistema di gestione della qualità, secondo la pianificazione annuale degli audit interni e in un'ottica di utilizzo efficiente delle risorse.

Esiti del monitoraggio sull'attuazione delle misure previste nel PTPCT 2025-2027

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 della 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 ATTUAZIONE MISURE DI TRATTAMENTO PREVISTE NELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO 2025				
TIPO DI MISURA	AREA DI RISCHIO	N° MISURE	% ATTUAZIONE MISURE	MEDIA PONDERATA
Misure di controllo (Tot. n. 68)	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	7	100%	
	B - CONTRATTI PUBBLICI	9	100%	
	C - PROV. AMPL. DELLA SFEREA GIURIDICA PRIVI DI EFF.	2	100%	
	E - GESTIONE DELLE ENTRATE	12	100%	
	F - CONTROLLI	2	100%	

	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	9	100%	100%
	I - AREA ISTITUZIONALE	5	100%	
	L - ATTIVITÀ A PAGAMENTO	4	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	8	100%	
	N - AREE ULTERIORI	10	100%	
Misure di disciplina del conflitto di interessi (Tot. n. 28)	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	2	100%	100%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	13	100%	
	D - PROV. AMPL. DELLA SFERA GIURIDICA CON EFF.	1	100%	
	G - INCARICHI E NOMINE	1	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	5	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
	N - AREE ULTERIORI	4	100%	
Misure di formazione (Tot. n. 6)	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	2	100%	100%
	I - AREA ISTITUZIONALE	1	100%	
	L - ATTIVITÀ A PAGAMENTO	1	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
Misure di informatizzazione dei processi (Tot. n. 4)	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	1	100%	100%
	F - CONTROLLI	1	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	1	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	1	100%	
Misure di regolamentazione (Tot. n. 5)	B - CONTRATTI PUBBLICI	1	100%	100%
	C - PROV. AMPL. DELLA SFERA GIURIDICA PRIVI DI EFF.	1	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	1	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
Misure di semplificazione o organizzazione dei processi (Tot. n. 20)	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	5	100%	100%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	1	100%	
	E - GESTIONE DELLE ENTRATE	2	100%	
	F - CONTROLLI	1	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	7	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	1	100%	
	N - AREE ULTERIORI	3	100%	
Misure di trasparenza (Tot. n. 33)	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	3	100%	100%
	B - CONTRATTI PUBBLICI	16	100%	
	E - GESTIONE DELLE ENTRATE	1	100%	
	F - CONTROLLI	1	100%	
	G - INCARICHI E NOMINE	2	100%	
	H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	4	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
	N - AREE ULTERIORI	4	100%	
Misure di rotazione (Tot. n. 6)	B - CONTRATTI PUBBLICI	2	100%	100%
	I - AREA ISTITUZIONALE	1	100%	
	L - ATTIVITÀ A PAGAMENTO	1	100%	
	M - RICERCA E SPONSORIZZAZIONI	2	100%	
Misure di sensibilizzazione e partecipazione	B - CONTRATTI PUBBLICI	1	100%	100%
	N - AREE ULTERIORI	1	100%	

(Tot. n. 2)			
Totale n. complessivo misure di trattamento	172		
Percentuale totale di attuazione delle misure di trattamento (media ponderata)		100%	

La realizzazione delle misure di trattamento risulta pienamente completata: tutte le 172 misure previste per le varie aree di rischio sono state attuate al 100%. Non si rilevano scostamenti rispetto agli obiettivi programmati, confermando il completo raggiungimento delle attività previste per la gestione dei rischi.

Monitoraggio dell'adozione e verifica dell'applicazione del Codice etico e di comportamento dei dipendenti

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio, i dirigenti responsabili di struttura presentano al RPCT al 30.11. 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 30.11.2025 sull'applicazione del Codice non sono emerse criticità.

A fine 2025 la Direzione ha emesso una nota volta a richiamare il personale al rispetto delle disposizioni previste dal regolamento vigente in materia di timbrature, con riferimento a eventi riconducibili ad attività extraistituzionali svolte presso l'IZSve.

Monitoraggio delle attività di formazione in tema di legalità, etica e imparzialità

Di seguito si riporta l'esito del monitoraggio delle attività di formazione eseguite presso IZSve nell'ultimo triennio.

Tabella 1 - Dati su corsi FAD rivolti a tutto il personale

Anno	Anticorruzione, trasparenza e codice di comportamento (n. discenti)	Codice di comportamento (n° discenti)
2023	53	119
2024	75	120
2025	137	142

Tabella 2 - Dati su corsi residenziali

Anno	Corso	Destinatari	N. discenti
2024	Il Risk Management: uno strumento per la prevenzione della corruzione IZSve	Direttori di struttura complessa, dirigenti e altro personale individuato dalla direzione	30
2024	Anticorruzione - aggiornamenti	Personale amministrativo individuato	30
2025	Trasparenza e anticorruzione: obblighi, adempimenti e buone pratiche	Dirigenti e funzionari che operano nelle aree a rischio dell'IZSve	65
2025	Integrità, trasparenza e responsabilità del pubblico dipendente: conoscere e applicare il codice di comportamento ed etico dell'IZSve (due edizioni)	Dirigenti e funzionari che operano nelle aree a rischio dell'IZSve	154

Tabella 3 - Dati su webinar

Anno	Corso	Destinatari	N. eventi
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
2024	I codici di comportamento e l'uso dei social (con analisi delle norme di alcuni codici di amministrazione aggiornati al d.P.R. n. 81/2023)	Personale sanitario e amministrativo presso U.O. Sistemi qualità e accreditamento	2
2024	Prevenzione e contrasto alla corruzione nelle PA: dalla Legge 190/2012 al PNRR	Personale sanitario presso U.O. Sistemi qualità e accreditamento	1

Inoltre, nel corso dell'anno 2025:

- Il RPCT ha partecipato ai seguenti corsi: "La giornata della trasparenza", organizzato dalla Regione Veneto; "Le novità del Piano Nazionale Anticorruzione 2025: analisi applicativa" e "Il RPCT: rassegna di provvedimenti su nomina e operatività Legislazione Tecnica", organizzati da Legislazione Tecnica;
- il personale a supporto del RPCT ha partecipato ai corsi "La gestione del rischio corruttivo: modelli e tecniche nel contesto nazionale e internazionale: Strumenti e tecniche del rischio corruttivo - Modulo I" e "La gestione del rischio corruttivo: modelli e tecniche nel contesto nazionale e internazionale: Strumenti e tecniche del rischio corruttivo - Modulo II" – ciascuno della durata di 30 ore - organizzati da SNA Scuola Nazionale dell'Amministrazione.

Nel 2026 le iniziative formative inserite nel Piano Formativo Annuale consisteranno nella prosecuzione dell'erogazione dei corsi di formazione di livello generale in modalità e-learning, sia per il nuovo personale sia per quello già in servizio alla luce del nuovo Codice di comportamento aggiornato al d. lgs. 81/2023, 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.

Monitoraggio dei criteri di rotazione

Nel corso del 2025, l'Ente ha avviato un processo di riorganizzazione complessiva che interesserà sia l'Area Sanitaria sia l'Area Tecnico-Amministrativa, comportando una revisione degli incarichi e dei processi nei quali i dirigenti — in particolar modo quelli dell'Area Sanitaria — saranno coinvolti.

Per quanto riguarda l'Area Tecnico-Amministrativa, considerati l'esiguo numero di dirigenti, l'elevata specializzazione richiesta agli stessi e la complessità dei processi, la rotazione ordinaria del personale dirigente non risulta praticabile: la specificità delle professionalità, la complessità dei processi gestionali e la necessità di percorsi formativi mirati rendono la rotazione ordinaria insostenibile senza compromettere l'efficienza e la continuità operativa dell'Ente.

Si ritiene, pertanto, che nel contesto dell'IZSve la rotazione ordinaria del personale dirigente rimanga una misura delicata, con impatti diretti sull'andamento dell'azione amministrativa, e debba essere attuata solo in casi straordinari, contingenti e particolarmente rilevanti (cd. rotazione straordinaria cautelare successiva all'evento).

In ogni caso, l'Ente continuerà a garantire misure alternative per la prevenzione dei rischi di conflitto di interesse o di concentrazione di funzioni critiche, attraverso modelli organizzativi che assicurano la segregazione delle funzioni nelle fasi sensibili dei processi (es. RUP/DEC) e mediante ulteriori misure alternative alla rotazione, come riportato di seguito.

Monitoraggio delle misure alternative alla rotazione

Nel corso del 2025, 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 procedurali (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 rispetto 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 dei referenti dell'istruttoria nelle gare e su attività di cassa;
- attuazione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali (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.

Monitoraggio della tutela del whistleblower

Nel corso del 2025 non sono pervenute segnalazioni.

Monitoraggio delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità

La struttura SCA1 Risorse Umane provvede a trasmettere al Responsabile della prevenzione, entro il 30 novembre di ogni anno, sia rispetto ai casi di inconfiribilità che di incompatibilità, un report dalla quale si evince:

Azioni poste in essere	Monitoraggio anno 2025
acquisizione delle dichiarazioni da parte degli interessati circa l'insussistenza delle cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità	100%
n. delle violazioni inconfiribilità accertate per sussistenza di condanna penale 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, inoltre, in attuazione delle indicazioni operative introdotte dalla Delibera ANAC n. 464 del 26 novembre 2025, in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi ai sensi del d.lgs. n. 39/2013, l'Ente ha avviato un processo strutturato di revisione dei controlli e delle procedure connesse al conferimento e al mantenimento degli incarichi dirigenziali. Il processo prevede il rafforzamento della

verifica preventiva delle dichiarazioni rese dai soggetti interessati, l'organizzazione di controlli periodici sul permanere dei requisiti previsti dalla normativa e la chiara definizione delle responsabilità dei dirigenti competenti nei procedimenti di conferimento.

Monitoraggio delle misure in essere relative alla formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'Ente, trasmettendo al RPCT, ai fini del monitoraggio delle misure di prevenzione individuate, un report al 30.11 di ciascun anno che indichi:

Azioni poste in essere	Monitoraggio anno 2025
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 2025 non sono state accertate violazioni.

Monitoraggio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali

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 30.11. che indichi:

Azioni poste in essere	Monitoraggio anno 2025
n. segnalazioni pervenute per incarichi extra istituzionali non autorizzati	0
Verifiche circa la presenza di incarichi extra istituzionali non autorizzati	Si
n. violazioni accertate	0

Monitoraggio dei patti di integrità negli affidamenti

Le strutture interessate adottano le dovute iniziative a tutela dell'Ente trasmettendo entro la fine di ogni anno al RPCT un report al 30.11 che indichi:

Azioni poste in essere	Monitoraggio Anno 2025
Utilizzo dello schema di patto di integrità secondo le indicazioni contenute nella Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza	si
n. azioni di tutela avviate	0

Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

Per il 2025 non vi sono criticità da segnalare.

Monitoraggio del benessere organizzativo del personale

Nel 2025 l'IZSve ha svolto la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato nell'ambito delle politiche di benessere organizzativo e di tutela della salute e sicurezza sul lavoro. Come evidenziato nella Relazione del Comitato Unico di Garanzia (CUG), la valutazione – condotta secondo la metodologia INAIL e comprensiva della dimensione di genere – ha consentito di individuare specifici indicatori "sentinella" riconducibili a criticità di natura organizzativa, ambientale e strumentale.

Tali indicatori, potenzialmente correlati a fenomeni di maladministration (quali inefficienze organizzative, carichi di lavoro non equilibrati, carenze nella dotazione di risorse e nella pianificazione delle attività), risultano attualmente sotto controllo e oggetto di specifiche azioni di gestione e miglioramento. Gli esiti della valutazione costituiscono infatti la base conoscitiva per l'adozione di

interventi correttivi programmati nel corso del 2025, finalizzati a ridurre i fattori di rischio, rafforzare il benessere organizzativo e prevenire ricadute negative sul corretto funzionamento dell'azione amministrativa.

Monitoraggio pantouflage – revolving doors

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 30.11** che indichi:

Azioni poste in essere	Monitoraggio Anno 2025
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	sì
n. violazioni accertate	0

Monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche

- **Monitoraggio e vigilanza su enti di diritto privato in controllo pubblico e partecipati:** con DDG n. 396 del 12/12/2025, avente ad oggetto "Approvazione analisi annuale dell'assetto complessivo delle società partecipate dall'IZSve ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 175/2016 e s.m.i. al 31.12.2024", l'IZSve ha confermato che, al 31 dicembre 2024, non deteneva alcuna partecipazione societaria soggetta a tali disposizioni.

- **Partecipazioni dell'IZSve in enti di diritto privato**

Il sistema delle partecipazioni dell'IZSve è costituito dagli enti di diritto privato di seguito evidenziati. Le partecipazioni a Consorzi, Fondazioni e Associazioni, 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.

Ai fini della corretta comprensione del sistema di vigilanza sugli enti di diritto privato, si richiama l'art. 22 del d.lgs. 33/2013, che prevede per le pubbliche amministrazioni l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi a tutte le società controllate o partecipate e agli enti di diritto privato in controllo pubblico o comunque costituiti o vigilati, ovvero nei quali la PA eserciti poteri di nomina degli organi.

Tale ambito è più ampio rispetto a quello dell'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013, che individua i soggetti direttamente tenuti agli obblighi di trasparenza. In base a tale disposizione, associazioni, fondazioni e altri enti di diritto privato sono assoggettati agli obblighi di pubblicazione solo in presenza congiunta di specifici requisiti: 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.

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/firstPage.jsp>

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 17.1.2017 acquisita a prot. n. 506 del 18.1.2017 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 quanto 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.

CORIS – Consorzio per la ricerca sanitaria

Con DCA n. 2 del 17.01.2020 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 22.04.2020, si è preso atto dell'adesione dell'IZSve al suindicato Consorzio.

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 25.5.2016, 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, 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:

- dei trapianti d'organi, tessuti, cellule e dell'applicazione della medicina rigenerativa;
- di azioni volte al miglioramento della qualità di vita dei pazienti con grave insufficienza d'organi, ivi compresa la realizzazione di organi bioartificiali;
- 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;
- 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;
- 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, IRCCS 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

Con DCA n. 6 del 29.04.2022 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.

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.

I dati, documenti e informazioni sono pubblicati e aggiornati nella sezione “Amministrazione Trasparente” della Fondazione al seguente link <https://www.fabfvg.it/it/17963/amministrazione-trasparente> nonché al seguente link della sezione “Amministrazione trasparente” dell’IZSve <https://www.IZSVenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altridatiulteriori.xml>.

Associazione “Consortium GARR”

Con DCA n. 14 del 22.09.2023 il Consiglio di Amministrazione ha deliberato di presentare domanda di adesione all’Associazione “Consortium GARR”, con sede in Roma, in qualità di associato aderente della categoria “IRCCS e IZS”, adesione formalmente accolta in data 23.11.2023.

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.

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 (IRCCS) e dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS).

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.

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/amministrazione-trasparente/trasparenza> nonché al seguente link della sezione “Amministrazione trasparente” dell’IZSve <https://www.IZSVenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altridatiulteriori.xml>.

L’IZSVE partecipa inoltre ai seguenti organismi associativi:

- 1) **APRE (Agenzia per la Promozione della Ricerca Europea)** che opera come associazione senza scopo di lucro con l’obiettivo di sostenere e agevolare la partecipazione italiana ai programmi di ricerca ed innovazione dell’Unione europea, nell’ambito della quale l’IZSVE partecipa come socio, senza rappresentanti in seno al consiglio direttivo.
- 2) **Gruppo di Ricerca Europeo “EPIZONE ERG”**, un network tra laboratori europei di ricerca d’eccellenza istituito per rafforzare la cooperazione tra laboratori di Referenza Nazionali ed Internazionali nel campo delle malattie Epizootiche (rif. DDG 12/2023);
- 3) **European Animal Research Association (EARA)**, organizzazione senza scopo di lucro, fondata nel 2014, di cui fanno parte oltre 200 organizzazioni tra cui istituti di ricerca pubblici, organismi rappresentativi e centri di ricerca biomedica. Obiettivo di tale Associazione è supportare la ricerca biomedica condotta sugli animali, fornendo informazioni

accurate, basate su prove scientifiche al pubblico nonché agli stakeholders del settore, relative alla necessità e ai benefici dell'uso degli animali nella ricerca scientifica (rif. DDG n.214/2024).

- 4) **European Virus Archive - Association Internationale Sans But Lucratif (EVA-AISBL)**, tale associazione è stata costituita nell'ambito del progetto di ricerca denominato "European Virus Archive Global" (Programma europeo a favore della ricerca scientifica 2014-2020, denominato *Horizon 2020* (H2020), istituito con Regolamento (UE) n. 1291/2013). L'IZSVe vi ha aderito in qualità di Membro associato fondatore (rif. DDG n. 400/2025).

Rientrano tra li scopi di tale Associazione:

- favorire lo sviluppo e il coordinamento delle attività di collezione di virus e prodotti derivati dei suoi membri;
- promuovere e sostenere la condivisione equa e giusta di virus e prodotti derivati, al fine di proteggere la salute pubblica a livello mondiale;
- sostenere la ricerca e lo sviluppo nel campo della virologia per il mondo accademico, l'industria e le istituzioni sanitarie pubbliche;
- sostenere la preparazione e la reazione della ricerca per affrontare le epidemie legate ai virus;
- coordinare le interazioni con i laboratori dei membri e altri partner nell'ambito delle attività dell'Associazione e fornire supporto;
- condividere competenze, conoscenze e migliori pratiche nel campo della collezione di virus.

L'elenco di tali partecipazioni è pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente "Altri contenuti – dati ulteriori – Partecipazioni ad enti di diritto privato non in controllo" <https://www.IZSVenezie.it/amministrazione-trasparente/DL33/altridatiulteriori.xml>.

Monitoraggio attestazione OIV

Secondo l'attestazione dell'OIV, nel 2025 non sono emerse criticità nei processi monitorati, confermando l'efficacia delle misure anticorruzione adottate dall'ente.

Conclusioni

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.

2.3.7 CALENDARIO DELLA PROGRAMMAZIONE 2026 - 2028

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 15 gennaio	Definizione delle misure di trattamento dell'anticorruzione	Responsabili delle articolazioni aziendali
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 Excel misure generali e report tramite piattaforma informatica)	Responsabili delle articolazioni aziendali

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 nella sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza (report Excel misure generali e report tramite piattaforma informatica)	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 e della trasparenza
Entro il 31 dicembre	Attuazione delle attività formative	Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con SCS4 – Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni

2.3.8 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - TRASPARENZA

2.3.8.1 Flusso informativo, qualità del dato e formato di pubblicazione

In attuazione dell'art. 1 del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i., IZSVe garantisce, tramite la sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale (<https://www.izsvenezie.it/amministrazione/amministrazione-trasparente/>), l'accesso ai dati e ai documenti detenuti, pubblicati in formato aperto ai sensi dell'art. 68 del D.Lgs. 82/2005. Ciò al fine di assicurare la trasparenza dell'azione amministrativa, tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione e il controllo sull'uso delle risorse pubbliche.

La pubblicazione dei dati e dei documenti rispetta i requisiti dell'art. 6 del D.Lgs. 33/2013, garantendo: integrità, aggiornamento costante, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, chiarezza, omogeneità e conformità agli originali, con indicazione della loro provenienza.

La sezione è strutturata secondo le disposizioni del D.Lgs. 33/2013 e le Linee guida ANAC in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, ed è costantemente aggiornata e progressivamente implementata con i dati forniti dagli uffici competenti.

Nell'*Allegato n. 3 - Elenco degli obblighi di pubblicazione - trasparenza (d. lgs. n. 33/2013)* alla presente Sezione è descritto il flusso di pubblicazione dei dati, documenti e informazioni, con l'indicazione, per ciascun obbligo di pubblicazione, dei contenuti da pubblicare, delle strutture responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione, dei riferimenti normativi, delle tempistiche di aggiornamento e dei termini di pubblicazione, nonché delle modalità di monitoraggio e dei soggetti responsabili. Le strutture competenti per l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono individuate nello stesso allegato e, di norma, coincidono con quelle responsabili della trasmissione e della pubblicazione.

Nell'*Allegato unico – indice n. 3* è illustrato il flusso di pubblicazione dei dati, documenti e informazioni, con l'indicazione, per ciascun obbligo di pubblicazione, dei contenuti, delle strutture e dei dirigenti responsabili, dei riferimenti normativi, delle tempistiche e delle modalità di monitoraggio. Le strutture competenti, individuate nel medesimo allegato, sono di norma responsabili anche della trasmissione e pubblicazione dei dati.

I dirigenti delle strutture indicate sono responsabili della correttezza, completezza e tempestività della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati di propria competenza e possono avvalersi del supporto dei propri collaboratori.

Per garantire regolarità e tempestività dei flussi informativi, è stato adottato uno specifico strumento informatico per la gestione e la pubblicazione dei dati; ciascuna pagina della sezione "Amministrazione trasparente" riporta la data di ultimo aggiornamento.

In conformità all'art. 9-bis del D. Lgs. 33/2013, l'IZSVe, nei casi di trasmissione dei dati alle banche dati nazionali previste, assicura nella sezione "Amministrazione trasparente" il collegamento ipertestuale alle relative banche dati.

Nella sottosezione "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:

- prevenzione della corruzione (es. Atti di accertamento delle violazioni, sezione Rischi corruttivi e Trasparenza PIAO, Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti, RASA, Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- accesso civico (vedi successivi paragrafi);
- accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati (es. catalogo dei dati, metadati e banche dati, obiettivi accessibilità, regolamento)
- censimento delle autovetture di servizio;
- dati ulteriori (es. Attuazione Misure Piano Nazionale di ripresa e Resilienza - PNRR, Legge 8/3/2017 n. 24: sicurezza delle cure e della persona assistita e responsabilità professionale, contratti assicurativi, Manuale gestione documentale, Monitoraggio annuale attuazione codice di comportamento, Partecipazioni ad enti di diritto privato non in controllo, Progetti di ricerca).

2.3.8.2 Monitoraggio periodico Sezione Amministrazione Trasparente

L'adempimento degli obblighi di pubblicazione è oggetto di monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili, con il coordinamento e il monitoraggio periodico del RPCT.

Il RPCT conduce le verifiche e i monitoraggi sugli adempimenti delle pubblicazioni, con il supporto dei referenti e dei dirigenti responsabili. Le verifiche riguardano il rispetto dei tempi di pubblicazione e degli aggiornamenti, la completezza e coerenza dei contenuti, il corretto formato e la qualità dei dati, documenti e informazioni pubblicate. Qualora necessario, il RPCT pianifica interventi correttivi.

All'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) compete attestare il rispetto degli obblighi di trasparenza e integrità, effettuando verifiche secondo le indicazioni dell'ANAC. Gli esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto la sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione". L'OIV redige inoltre annualmente un'attestazione generale da trasmettere ad ANAC e alla direzione aziendale, pubblicata sul sito web, e può svolgere verifiche mirate su specifici temi individuati dall'ANAC.

2.3.8.3 Trasparenza e tutela dei dati personali

IZSve garantisce il rispetto della normativa vigente, la tutela della riservatezza degli interessati e l'adozione di procedure conformi ai principi di trasparenza, responsabilità e protezione dei dati personali.

L'Ente si impegna a garantire che tutte le attività di pubblicazione dei dati sui propri siti web, anche quando basate su idonei presupposti normativi (art. 6, par. 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679), siano svolte nel pieno rispetto dei principi di trattamento dei dati personali previsti dall'art. 5 del medesimo Regolamento. In particolare, i dati saranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza, con piena osservanza del principio di responsabilizzazione del titolare del trattamento.

L'Ente assicura inoltre che la pubblicazione dei dati rispetti i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto strettamente necessario rispetto alle finalità perseguite, nonché i principi di esattezza e aggiornamento, adottando tutte le misure ragionevoli per rettificare o cancellare tempestivamente eventuali dati non conformi.

Conformemente all'art. 7-bis, co. 4, del D.lgs. 33/2013, IZSve si impegna a rendere non intellegibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione.

Infine, in relazione agli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del D.lgs. 33/2013 s.m.i., l'Ente opera secondo le indicazioni della DCA n. 18 del 16.10.2019, della Sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23.1.2019, della Delibera ANAC n. 586/2019, del comunicato del Presidente ANAC del 4.12.2019 e dell'art. 1, comma 7, del Decreto Legge n. 162/2019.

2.3.8.4 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso agli atti

Secondo le Linee Guida ANAC adottate con Delibera n. 1309 del 28.12.2013, IZSve ha adottato il regolamento interno sull'accesso agli atti, "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" (DDG n. 660 del 19 dicembre 2018), disponibile sul sito istituzionale (<https://www.IZSVenezie.it/amministrazione/accesso-agli-atti/>), unitamente alla modulistica.

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.

2.3.8.5 Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Nell'ambito degli obiettivi di valore pubblico, al fine della realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, IZSve ha individuato nella Relazione Programmatica – Area Strategica 5.1 – etica dei processi – il seguente obiettivo strategico: “promuovere la cultura della dimensione valoriale/etica del ruolo e delle attività dell'Istituto e della prevenzione dei rischi corruttivi attraverso la formazione del personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e la garanzia di pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione trasparente”.

2.3.8.6 Iniziative di comunicazione della trasparenza

Tra le iniziative promosse da IZSve si citano:

- attività di comunicazione esterna: garantita tramite comunicazione digitale web e social;
- organizzazione di eventi orientati alla diffusione di notizie delle attività dell'IZSve e rivolte al grande pubblico o agli esperti di settore;
- relazioni con i media;
- newsletter;
- pubblicazione annuale della Relazione tecnica IZSve sul sito istituzionale, redatta annualmente su richiesta del Ministero della Salute per la valutazione delle prestazioni e dei servizi erogati dall'IZSve. Il documento 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;
- bilancio di mandato, disponibile sul sito istituzionale e che rende conto agli stakeholder le attività realizzate da IZSve nel corso del triennio 2021-2023;
- bilancio di sostenibilità, redatto nel corso del 2025 e di prossima pubblicazione.

2.3.8.7 Previsione 2026-2028

Nel corso del 2026 sarà adottato un nuovo gestionale per la pubblicazione dell'area dell'amministrazione trasparente. Inoltre, alla luce della nuova riorganizzazione interna, sarà valutata la necessità di individuare nuovi referenti interni.

PARTE FUNZIONALE

IZSve non ha proceduto, nel presente ciclo di programmazione, allo svolgimento dell'analisi funzionale prevista dalle Linee guida ministeriali 2025 per la sezione anticorruzione, in quanto è già programmato per l'anno 2026 un intervento di riorganizzazione della struttura organizzativa.

Lo svolgimento dell'analisi funzionale nella fase attuale risulterebbe pertanto non pienamente rappresentativo dell'assetto futuro dell'Ente e rischierebbe di determinare duplicazioni o inefficienze nell'attività di programmazione.

L'analisi funzionale sarà pertanto effettuata a valle della riorganizzazione, al fine di garantirne coerenza, attendibilità ed effettiva utilità ai fini del sistema di prevenzione della corruzione.

Si evidenzia, tuttavia, che gli esiti del monitoraggio delle misure specifiche a diretta tutela dei processi aziendali, nonché degli obiettivi di performance e, indirettamente, degli obiettivi di valore pubblico, svolto fino ad oggi, sono illustrati nella sezione “Parte strutturale”.

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA E ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA INTERNA

Nel corso del 2025 è iniziato un processo di profonda riorganizzazione dell'Istituto, nato dall'esigenza di adeguare l'assetto organizzativo dell'Istituto all'evoluzione del contesto scientifico e istituzionale e che porterà nel corso del 2026 all'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione del nuovo Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

L'ottica è quella di adottare un modello organizzativo più articolato e con gerarchia funzionale chiara e orientata all'integrazione.

In tal senso le principali novità sono rappresentate da:

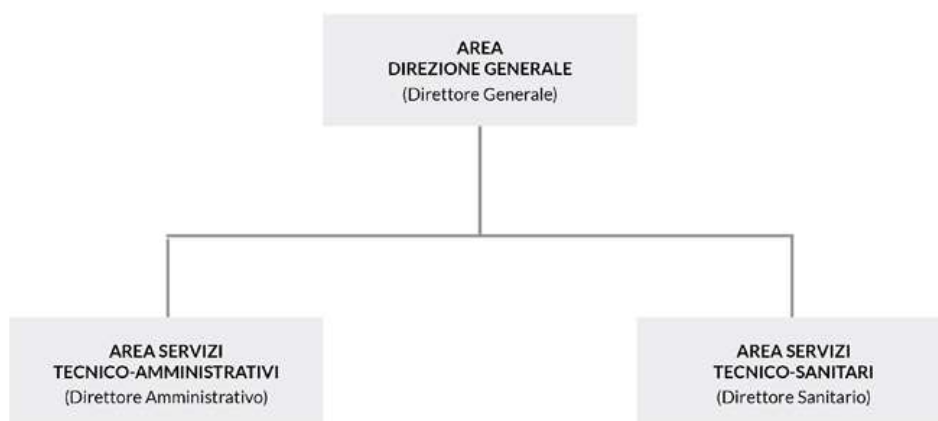
- ✓ Aree di Integrazione per promuovere una sinergia più efficace tra funzioni che richiedono trasversalità, al fine di ottimizzare l'erogazione dei servizi;
- ✓ Possibilità di attivare, anche in via sperimentale, Progetti Organizzativi Strategici finalizzati a rafforzare sinergie tra aree affini e promuovere l'evoluzione organizzativa in risposta a esigenze emergenti o opportunità specifiche.

Il numero di Strutture Complesse rimarrà invariato, con una articolazione complessiva semplificata dell'organigramma.

Viene inoltre prevista l'introduzione esplicita di Direzione strategica, Collegio di direzione e Comitato tecnico- scientifico al fine di adottare una governance più collegiale, solida, trasparente e orientata alla programmazione.

Il nuovo Regolamento introduce una maggiore responsabilizzazione dei dirigenti nei procedimenti di competenza, attribuendo loro l'adozione di tutti gli atti rientranti nelle rispettive responsabilità, configurando la delega di funzioni come residuale.

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.



L'attuale 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 cogenerenti, 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 Riferenza, 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.

Nelle more dell'approvazione del nuovo assetto, si riporta l'attuale Organigramma dell'IZSVE allegato al Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi e relative dotazioni organiche (DCA n. 14 del 16 settembre 2022).

**AREA
DIREZIONE GENERALE**
(Direttore Generale)

U.O. Segreteria Direzione generale

U.O. Gestione affari legali e contenziosi

U.O. Controllo di gestione

SCS Ricerca

5.5. Servizio gestione sicurezza

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

5.5. Servizio affari generali, anticorruzione e trasparenza

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

5.5. 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
DIPARTIMENTI**
(Direttore Sanitario)

DIPARTIMENTI FUNZIONALI			DIPARTIMENTI STRUTTURALI	
<p>Dipartimento per la sicurezza alimentare</p> <p>SCS1 - Microbiologia generale e sperimentale</p> <p>SCS2 - Chimica</p> <p>SCS4 - Epidemiologia, servizi e ricerca in sanità pubblica veterinaria</p> <p>SCS8 - Valorizzazione delle produzioni alimentari</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT1</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT4</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT5</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti - SCT6</p> <p>Lab. Autocontrollo - SCT5</p> <p>U.O. Autocontrollo - SCT6</p> <p>U.O. Autocontrollo e valorizzazione produzioni locali - SCT4</p>	<p>Dipartimento di sperimentazione e benessere animale</p> <p>SCS3 - Diagnostica specialistica, istopatologia e parassitologia</p> <p>SCS6 - Virologia speciale e sperimentazione</p> <p>Lab. Diagnostica clinica e sierologia - SCT2</p> <p>Lab. Controlli ufficiali - SCS1</p> <p>Lab. Benessere animale - SCS4</p> <p>Centro specialistico animali d'affezione (PET)</p> <p>Centro specialistico medicina forense veterinaria</p>	<p>Dipartimento di sorveglianza epidemiologica</p> <p>SCS1 - Microbiologia generale e sperimentale</p> <p>SCS4 - Epidemiologia, servizi e ricerca in sanità pubblica veterinaria</p> <p>SCS8 - Valorizzazione delle produzioni alimentari</p> <p>SCT3 - Padova, Vicenza e Rovigo</p> <p>Lab. parassitologia - SCS3</p> <p>Centro specialistico Ittico (CSI)</p>	<p>Dipartimento di patologia animale e sanità pubblica</p> <p>SCT1 - Verona</p> <p>SCT2 - Treviso, Belluno e Venezia</p> <p>SCT3 - Padova, Vicenza e Rovigo</p> <p>SCT4 - Friuli Venezia Giulia</p> <p>SCT5 - Trento</p> <p>SCT6 - Bolzano</p> <p>Centro specialistico fauna selvatica</p> <p>Centro specialistico patologia, allevamento e benessere del bovino</p>	<p>Dipartimento di scienze biomediche comparate</p> <p>SCS5 - Ricerca e Innovazione</p> <p>SCS6 - Virologia speciale e sperimentazione</p> <p>U.O. Attività internazionale</p> <p>U.O. Centri di referenza internazionali AI/ND</p> <p>U.O. Imaging sperimentale e diagnostico</p>

**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/ WOH 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 epidemiologia veterinario FVG (UEI)
- 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. Ittirovirologia

**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	SCT2 Treviso, Belluno e Venezia	SCT3 Padova, Vicenza e Rovigo	SCT4 Friuli Venezia Giulia	SCT5 Trento	SCT6 Bolzano
<p>Sezione di Verona</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti</p> <p>Lab. Diagnostica clinica e sierologia di piano</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ U.O. Batteriologia clinica ▶ U.O. Sierologia di piano ▶ U.O. Attività sperimentali in vivo <p>Lab. Medicina aviaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ U.O. Diagnostica aviaria ▶ U.O. Micoplasmi ▶ U.O. Anticorpi monoclonali <p>U.O. Biologia molecolare</p> <p>U.O. Produzione vaccini</p>	<p>Sezione di Treviso</p> <p>Lab. Diagnostica clinica e sierologia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ U.O. Diagnostica clinica ▶ U.O. Sierologia ▶ U.O. Patologia e benessere del lagomorfo <p>Lab. Batteriologia speciale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ U.O. Clostridi ▶ U.O. Agenti batterici di bioterrorismo <p>U.O. Biologia molecolare</p> <p>Sezione di Belluno</p> <p>U.O. Supporto territoriale provincia di Belluno</p> <p>U.O. Eco-patologia</p>	<p>Sezione di Padova</p> <p>Lab. Diagnostica clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ U.O. Batteriologia clinica <p>Lab. Patologia, allevamento e benessere del bovino</p> <p>Lab. Virologia diagnostica</p> <p>Lab. Sierologia e malattie pianificate</p> <p>U.O. Piattaforma di diagnostica molecolare</p> <p>Sezione di Vicenza</p> <p>U.O. Accettazione e supporto territoriale provincia di Vicenza</p> <p>U.O. Medicina forense veterinaria</p>	<p>Sezione di Pordenone</p> <p>Lab. Patologia e benessere della specie suina</p> <p>U.O. Diagnostica clinica</p> <p>U.O. Biologia molecolare</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti</p> <p>Sezione di Udine</p> <p>Lab. Diagnostica clinica</p> <p>U.O. Sorveglianza sierologica delle malattie pianificate</p> <p>U.O. Biologia molecolare</p> <p>U.O. Autocontrollo e valorizzazione produzioni locali</p>	<p>Lab. Diagnostica clinica e sierologia di piano</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti</p> <p>Lab. Autocontrollo</p> <p>U.O. Biologia molecolare</p>	<p>Lab. Diagnostica clinica</p> <p>Lab. Diagnostica sierologica e assistenza tecnica</p> <p>Lab. Controllo ufficiale alimenti</p> <p>U.O. Biologia molecolare</p> <p>U.O. Autocontrollo</p>

**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

3.1.2 LIVELLI DI RESPONSABILITA' 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.

✓ AREE DIRIGENZIALI

L'attuale numero di fasce per la graduazione 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 (DDG. n. 250/2023 per la Dirigenza dell'Area Sanità e n. 367/2021 per la Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica a cui si rinvia), vengono individuate, nella organizzazione dell'istituto, le tipologie di incarichi associati a fasce economiche articolate in diversi livelli di complessità secondo il seguente schema:

✓ PERSONALE DEL COMPARTO

Il sistema degli incarichi attribuibili al personale del comparto 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”, a cui si rinvia.*

3.1.3 NUMERO DI DIPENDENTI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE

Di seguito si riporta la tabella contenente il prospetto riepilogativo delle risorse umane del Comparto e della Dirigenza assegnate a ciascuna Struttura Complessa al 31 dicembre 2025.

S/C	TI	TD	Totale
SCS0	23	0	23
SCS1	29	4	33
SCS2	38	0	38
SCS3	37	5	42
SCS4	28	4	32
SCS5	18	8	26
SCS6	26	3	29
SCS8	16	2	18
SCT1	24	6	30
SCT2	19	0	19
SCT3	30	2	32
SCT4	25	4	29
SCT5	14	0	14
SCT6	9	1	10
CSI	7	2	9
DIRGEN	31	0	31
DIRSAN	12	0	12
ATA	1	0	1
SCST	12	0	12
SCA1	13	0	13
SCA2	26	0	26
SCA3	13	0	13

Di seguito si riporta la tabella contenente il prospetto riepilogativo delle risorse umane della Piramide della Ricerca assegnate a ciascuna Struttura Complessa al 31 dicembre 2025.

S/C	TI	TD	Totale
SCS0	1	1	2
SCS1	3	2	5
SCS2	1	0	1
SCS3	7	2	9
SCS4	6	3	9
SCS5	4	2	6
SCS6	4	0	4
SCS8	2	3	5
SCT1	1	1	2
SCT2	2	2	4
SCT3	0	2	2
SCT4	1	2	3
SCT5	1	1	2
SCT6	0	0	0
CSI	2	1	3
DIRGEN	2	4	6
DIRSAN	3	2	5
ATA	0	0	0
SCST	0	0	0
SCA1	0	4	4
SCA2	0	1	1
SCA3	0	2	2

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

In attuazione del decreto legislativo n. 165/2001 artt. 7 e 57 (come modificato dall'art 21 della legge n. 183/2010), presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSve) è stato costituito il *Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*, regolamentato dalle Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG, emanate con direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri del 4 marzo 2011.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) ha funzioni di consulenza, proposta e verifica delle iniziative dell'Amministrazione finalizzate a:

- assicurare parità e pari opportunità di genere nell'ambiente di lavoro, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua.
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il PIAO, secondo quanto previsto dal DPR n. 81/2022, ha assorbito gli adempimenti inerenti, tra gli altri, il "Piano delle Azioni Positive", predisposto in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG), tenuto conto della normativa di riferimento e delle Linee guida contenute nelle Direttive Ministeriali emanate in materia, in cui sono definite le iniziative che l'Amministrazione intende attuare nel triennio di competenza.

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 da realizzare nel 2026, 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 prevede, tra l'altro, la possibilità di avvalersi delle disposizioni del suddetto Codice di comportamento, nonché della consulenza della Consigliera di Fiducia nominata dalla Regione del Veneto.

L'IZSve con DDG n. 7/2015 ha approvato il "Codice di comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie"; l'art. 7 del suindicato Codice di comportamento IZSve disciplina la figura istituzionale della Consigliera 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.

L'IZSVE con DDG n. 381/2024 ha stipulato una nuova convenzione con la Regione del Veneto per avvalersi dei servizi della Consigliera, nominata dalla Regione con DGRV n. 98/2024 per la durata di tre anni con decorrenza dal 11 novembre 2024; ai sensi di tale convenzione è stato conferito un incarico di collaborazione professionale alla Consigliera di Fiducia, in forma di appendice al contratto sottoscritto con la Regione, richiamando le funzioni ivi previste e definendo le modalità di svolgimento del suo mandato sulla base delle reali necessità dell'Istituto.

Strumenti di comunicazione CUG

Il CUG si propone di implementare la comunicazione delle proprie iniziative attraverso Intranet, Newsletter IZSVE e nel sito web istituzionale qualora si tratti di iniziative rivolte all'esterno.

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 tra l'altro all'attuazione del Piano per l'uguaglianza di genere (*Gender Equality Plan - GEP*) dell'Istituto.

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

Il GEP rappresenta un ulteriore elemento di carattere strategico volto al superamento del divario di genere, adottando politiche di pari opportunità in risposta anche agli obiettivi sovranazionali definiti dall'Unione Europea.

L'adozione del Piano di eguaglianza di genere (*Gender Equality Plan – GEP*) costituisce, infatti un requisito essenziale per la partecipazione ai progetti di ricerca scientifica europei nell'ambito del Programma quadro *Horizon Europe*, come stabilito dalla Commissione Europea. Il Regolamento UE 2021/695, che ha istituito *Horizon Europe*, stabilisce infatti l'adozione del GEP come criterio di ammissibilità per gli enti pubblici e di ricerca; l'integrazione della dimensione di genere nei contenuti della ricerca come criterio di aggiudicazione; il bilancio di genere nei gruppi di ricerca in caso di valutazione *ex aequo* tra i criteri di classificazione.

La redazione del GEP è affidata a un Gruppo di lavoro dedicato che prevede tra i suoi membri una significativa rappresentanza del CUG.

Il GEP ha durata quadriennale ed è soggetto ad aggiornamento annuale in base allo stato di avanzamento degli indicatori previsti o qualora se ne ravvisi la necessità.

Con DDG n. 462/2021 l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie ha approvato il *Gender Equality Plan* (GEP) riferito al periodo 2020-2025, prevedendo per diversi ambiti, misure e azioni finalizzate a diffondere la consapevolezza dell'uguaglianza di genere a tutti i livelli, nonché attuarla nella pratica.

Concluso il primo quadriennio di vigenza, l'Istituto ha predisposto un nuovo GEP riferito al periodo 2026-2029, declinato in continuità con il precedente, che sviluppa i suoi contenuti in sinergia e coerenza con gli altri documenti della programmazione dell'Istituto.

Le azioni di miglioramento necessarie per diffondere la consapevolezza dell'uguaglianza di genere a tutti i livelli, nonché attuarla nella pratica sono descritte nel "*Gender Equality Plan – GEP 2026-2029*" allegato al presente PIAO.

Per quanto concerne l'azione in argomento, il GEP prevede la collaborazione del CUG nelle attività di promozione della consapevolezza e della cultura dell'uguaglianza di genere – finalizzata a rafforzare attitudini positive verso la diversità e la prevenzione di comportamenti discriminatori – attuata attraverso:

- corsi di formazione su dimensioni di genere, concetti, atteggiamenti e responsabilità legate alle molestie e alle discriminazioni,
- webinar informativi sulle differenze di genere e la valutazione dei rischi per la salute e sicurezza,
- promozione di idonei canali di ascolto.

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 obiettivo sarà realizzato attraverso la sensibilizzazione ad una maggiore sostenibilità ambientale e al risparmio energetico, in particolare:

- promuovendo la riduzione dell'inquinamento ambientale attraverso, ad esempio, programmi di *car-sharing* istituzionale, l'utilizzo della bicicletta e/o dei mezzi pubblici per raggiungere il posto di lavoro con eventuali sistemi di incentivazione;
- riducendo gli sprechi alimentari dando nuovo impulso alle collaborazioni con associazioni no profit per la cessione di eventuali residui alimentari non utilizzati nelle analisi e totalmente sicuri per il consumo;
- attuando delle politiche istituzionali di recupero, riciclo e riduzione dello spreco attraverso lo snellimento delle procedure per il riutilizzo di beni dismessi (strumenti informatici, di laboratorio, arredi) attraverso la revisione e l'applicazione del Regolamento per l'alienazione dei beni mobili destinati alla dismissione (DDG n. 185 del 2010);
- valorizzando gli spazi verdi sia all'interno sia all'esterno dell'Istituto, nel rispetto delle norme di sicurezza.

Azione n. 4 “Progetti trasversali con altri soggetti dell'Amministrazione”

L'Azione n. 4 ha l'obiettivo di partecipare e contribuire allo sviluppo di politiche e iniziative finalizzate a migliorare il benessere dei lavoratori, tra queste si cita l'attività di supporto al mantenimento della certificazione *Family Audit*.

Certificazione Family Audit

La certificazione *Family Audit* è uno strumento a disposizione delle organizzazioni che intendono attestare il proprio impegno nell'implementazione di politiche di conciliazione vita-lavoro e di miglioramento del benessere individuale dei propri occupati e delle loro famiglie.

Attraverso un processo di analisi sistematica e partecipata l'organizzazione dà attuazione ad un Piano Aziendale di interventi strutturali, culturali e comunicativi finalizzati ad innovare ed efficientare i processi organizzativi e la gestione del personale.

Per la realizzazione della suddetta certificazione in IZSve è stato nominato un Gruppo di lavoro interno, in rappresentanza dei ruoli e dei settori maggiormente interessati dagli ambiti di intervento del *Family Audit*: CUG, amministrazione e personale delle sezioni territoriali, organizzazioni sindacali.

Il Gruppo di lavoro ha predisposto e tutt'oggi cura l'attuazione del Piano Aziendale dell'IZSve, con il supporto di un Consulente *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

L'Istituto ha conseguito il certificato *Family Audit* nel 2019; il sistema di certificazione prevede la valutazione con cadenza annuale sullo stato di realizzazione della attività previste nel Piano, con il conseguente rinnovo della certificazione assegnata.

Nel 2022, ad attestazione dell'impegno nella realizzazione e prosecuzione delle attività e misure previste nel suddetto Piano Aziendale, l'Istituto ha conseguito il certificato *Family Audit Executive*.

Nell'intento di proseguire con l'iter di certificazione, l'IZSve ha scelto di aderire al "Processo di Mantenimento", impegnandosi a garantire per ulteriori tre anni il livello di conciliazione vita lavoro raggiunto con la certificazione *Family Audit*.

Il certificato *Family Audit Executive* è stato confermato per le prime due annualità e con il 2025 si conclude il terzo anno del processo di mantenimento, a seguito del quale l'Istituto dovrà scegliere nuovamente se proseguire e consolidare le azioni intraprese nell'ambito della certificazione *Family Audit*.

3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

3.2.1 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Tra gli strumenti di programmazione confluiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del D.L. 80/2021, è incluso il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

L'introduzione e l'attuazione del lavoro agile deve avvenire in modo progressivo e strutturato, attraverso un percorso per fasi che consentano un'implementazione graduale e consapevole all'interno della struttura organizzativa.

Il lavoro agile si sviluppa grazie al superamento di alcuni tradizionali paradigmi di organizzazione del lavoro e si fonda su principi di fiducia e di collaborazione, che devono essere necessariamente instaurati tra il datore di lavoro e i lavoratori, nonché attraverso la promozione di modalità organizzative e di valutazione dei risultati raggiunti che garantiscano una maggiore flessibilità della prestazione lavorativa, al fine di:

- valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- diffondere modalità di lavoro orientate ad una maggiore autonomia e responsabilità professionale, promuovendo una cultura orientata al risultato;
- garantire maggiore flessibilità organizzativa al fine di rendere l'apparato amministrativo proattivo, resiliente e dinamico,
- promuovere, ove possibile, la digitalizzazione dei processi, allo scopo di contribuire alla semplificazione amministrativa, nonché migliorare la produttività e la trasparenza.

Una efficace gestione del lavoro agile si traduce, pertanto, in maggiore flessibilità lavorativa ed autonomia, con ricadute positive in termini di efficacia, efficienza e produttività.

L'attuazione del lavoro agile poggia sul consolidamento e lo sviluppo di alcuni importanti fattori abilitanti. Sul piano organizzativo, le dimensioni più significative riguardano le competenze e le capacità delle persone intese in senso ampio, non solo quelle digitali, ma anche quelle tecniche, trasversali, direzionali, organizzative e manageriali che sono indispensabili per attivare efficacemente il modello di organizzazione del lavoro.

Un'altra componente è quella legata alla cultura organizzativa e manageriale, necessaria per abbracciare la logica della responsabilizzazione verso il raggiungimento dei risultati e il riconoscimento della flessibilità nell'organizzazione del lavoro.

Sul piano tecnologico, invece, la dimensione che abilita il ricorso e il consolidamento del modello di lavoro agile è legata all'utilizzo, sempre più diffuso, delle tecnologie informatiche a sostegno dello sviluppo dei sistemi informativi e della digitalizzazione dei processi che sono indispensabili a rendere effettivamente delocalizzabili le attività da realizzare in modalità agile.

L'introduzione di modelli organizzativi del lavoro secondo le modalità del lavoro agile, infine, consente di accrescere l'equilibrio nella logica "win-win" di vantaggio ottenibile sia per l'Amministrazione che consegue i suoi obiettivi di performance, sia per il personale che migliora il proprio equilibrio "work-life balance" attraverso il riconoscimento di flessibilità e focalizzazione verso il raggiungimento dei risultati

La realtà dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

L'ISV con Delibera n. 110 del 31 marzo 2022 ha approvato il "Regolamento per la disciplina del lavoro agile", rendendo operativo lo strumento del lavoro agile per i dipendenti che svolgono attività compatibili con detta modalità lavorativa.

L'Istituto del lavoro agile, già previsto e disciplinato nel CCNL 2019-2021 del 2 novembre 2022 (artt. da 76 a 80), è confermato nel CCNL 2022-2024 del personale comparto sanità sottoscritto il 27 ottobre 2025 agli artt. 28 e 29, il quale stabilisce che il datore di lavoro, nel dare accesso al lavoro agile, deve conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei

lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Inoltre, fermi restando i diritti di priorità previsti dalla normativa vigente (lavoratori fragili) ha previsto la possibilità di facilitare l'accesso a tale modalità di prestazione lavorativa anche a lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure:

- lavoratori che documentino particolari esigenze di salute o che assistano familiari con disabilità in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104/1992;
- lavoratori che godano dei benefici previsti dal d.lgs. n. 151/2001 a sostegno della genitorialità;
- altre casistiche individuate in sede di contrattazione integrativa.

Analogamente i CCNL 2019-2021 del Dirigenti dell'Area Sanità (sottoscritto il 23 gennaio 2024) e dei Dirigenti dell'Area Professionale, Tecnica e Amministrativa (sottoscritto il 16 luglio 2024) prevedono che la prestazione lavorativa possa essere svolta in modalità agile (rispettivamente agli artt. da 92 a 96 per CCNL Dirigenti Area Sanità e artt. 11 e 12 CCNL Dirigenti Area Professionale, Tecnica e Amministrativa).

Come previsto dal suddetto Regolamento IZSve, ai fini dello svolgimento in modalità agile di lavoro, devono sussistere i seguenti requisiti:

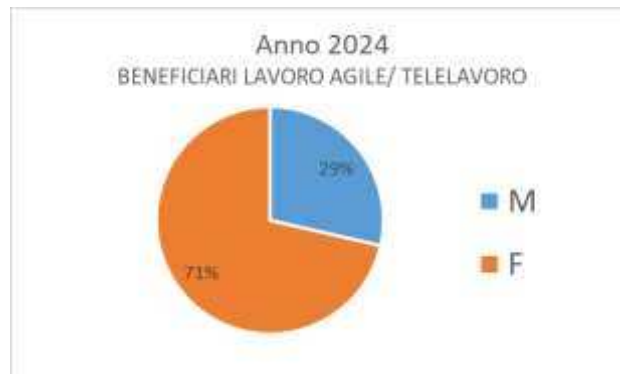
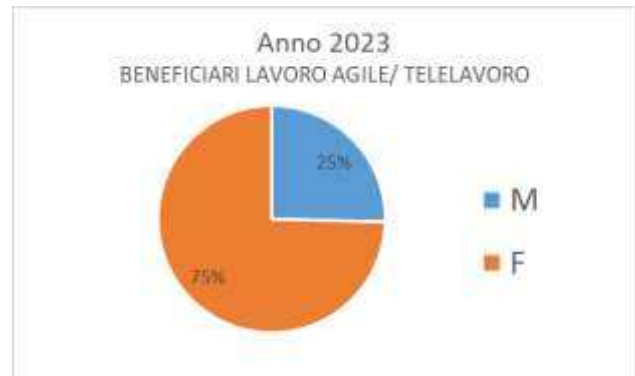
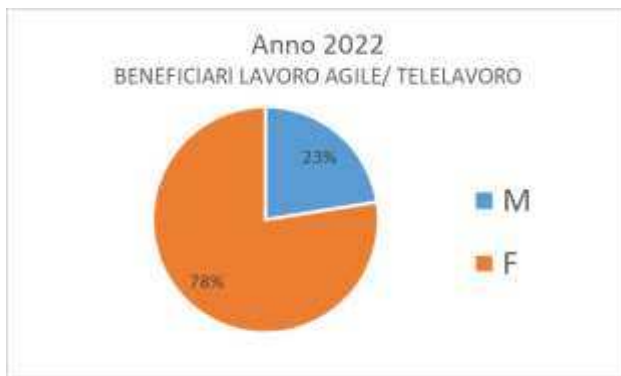
- le attività non devono prevedere un costante e diretto contatto interpersonale, non dilazionabile nel tempo e/o nello spazio, con interlocutori esterni o interni;
- deve essere possibile organizzare le attività, da parte del Responsabile, con un elevato grado d'autonomia operativa rispetto agli obiettivi prefissati o alle verifiche necessarie circa l'andamento delle attività, in termini di congruità e coerenza, rispetto agli obiettivi assegnati;
- per lo svolgimento delle attività non deve essere necessario l'utilizzo di strumentazioni tecnologiche fruibili solo nella sede aziendale;
- per lo svolgimento delle attività al di fuori della sede aziendale deve essere assicurato e garantito il medesimo livello di riservatezza richiesta nelle sedi aziendali, anche con riferimento agli strumenti utilizzati ai fini della stessa (es. utilizzo di documentazione cartacea);
- le attività devono essere pianificabili ed i risultati misurabili tramite standard qualitativi e/o quantitativi ed in coerenza con il sistema di misurazione delle performance dell'Istituto;
- deve essere assicurata la fungibilità della prestazione nel caso di attività svolte da più dipendenti contemporaneamente;
- l'attività deve essere pienamente compatibile con le esigenze organizzative e gestionali di servizio della struttura di appartenenza.

Il Regolamento IZSve ammette altresì la possibilità che, tenuto conto delle prestazioni erogate dall'Istituto e delle necessità correlate alla specificità delle attività realizzate, i dipendenti siano autorizzati occasionalmente allo svolgimento di specifici progetti o attività in modalità agile, per il relativo tempo necessario e dopo le opportune valutazioni in merito alla funzionalità di tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa rispetto agli obiettivi da raggiungere ed alla compatibilità con la restante attività istituzionale.

Di seguito si riportano i beneficiari di tale modalità di lavoro negli anni 2022-2023-2024, con l'evidenza della ripartizione per genere nelle diverse annualità.

Lavoro Agile / Telelavoro	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
nr. beneficiari al 31/12	160	130	154

fonte dati Conto annuale (Tab. 2)



Nella valutazione ai fini dell'accesso al lavoro agile, sia quello ordinario sia quello occasionale, ai sensi del Regolamento IZSVe, sono valutati anche elementi di priorità collegati alla condizione personale del lavoratore e dei suoi familiari, nello specifico:

- sussistenza di patologie o disabilità psico-fisiche del dipendente tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro ovvero la presenza fisica in sede;
- esigenze di gestione di figli minori di anni 16 (anche se adottati o in affidamento), in relazione al numero e all'età ovvero senza tali limiti di età nel caso di figli con disabilità;
- esigenze di cura nei confronti di familiari o conviventi; d) del tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede di lavoro.

Il lavoro agile si formalizza con un contratto individuale stipulato per iscritto e di durata annuale, automaticamente rinnovabile, previa verifica dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi generali e specifici e compatibilmente con l'eventuale aggiornamento della mappatura delle attività compatibili con la gestione in modalità lavoro agile.

Allegato all'accordo individuale di lavoro agile, è consegnata al dipendente un'informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile (ai sensi della Legge n. 81/2017), predisposta dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'IZSVe, contenente obblighi e diritti previsti dalla suddetta normativa, i comportamenti di prevenzione generale richiesti al lavoratore agile, nonché indicazioni operative per il corretto svolgimento dell'attività lavorativa.

Alla scadenza del contratto di lavoro agile è effettuata la valutazione complessiva dei risultati conseguiti a seguito degli obiettivi concordati nel periodo considerato e/o per la misurazione della produttività delle attività svolte dai dipendenti in lavoro agile, in termini sia quantitativi sia qualitativi, in armonia con i principi di autonomia e responsabilizzazione del personale.

La valutazione positiva sui risultati raggiunti è condizione essenziale per la prosecuzione dell'attività lavorativa o per nuove assegnazioni individuali di lavoro in modalità agile.

Tra i fattori abilitanti del lavoro agile, come citato in premessa, vi è la dotazione tecnologica, assieme ad una adeguata cultura lavorativa e di utilizzo corretto degli strumenti.

L'IZSve garantisce al dipendente in lavoro agile la possibilità di accedere ai dati e strumenti aziendali, normalmente disponibili dalla postazione aziendale, da qualsiasi applicativo tramite configurazione di una rete VPN (Virtual Private Network) con credenziali di accesso personalizzate.

Negli ultimi anni si sono inoltre diffuse piattaforme ad accesso gratuito che permettono lo svolgimento di incontri e l'organizzazione di riunioni a distanza (quali, ad esempio, Zoom *Workplace* e Teams), strumenti ormai di uso quotidiano anche nella realtà lavorativa dell'IZSve.

3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 INTRODUZIONE

Nell'ambito del contesto di riferimento sopra delineato le risorse umane rappresentano uno dei fattori determinanti per contribuire al raggiungimento degli obiettivi tesi alla creazione di valore pubblico individuati nella sottosezione 2.1 garantendo lo svolgimento efficiente dell'intera organizzazione per la piena realizzazione della Relazione Programmatica, 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.

L'individuazione del fabbisogno di personale, ed in particolare degli ambiti prioritari di intervento per l'anno 2026, è stata preceduta da una puntuale analisi dell'assetto organizzativo, dei programmi istituzionali da realizzare in quanto assegnati dalla vigente normativa e dagli enti cogherenti 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.

3.3.2 CONSISTENZA DI PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2025

Si riporta di seguito la sintesi delle dinamiche intervenute nel corso dell'anno e la consistenza dell'organico al 31.12.2025.

Nel corso dell'anno sono state effettuate le seguenti assunzioni

Classificazione Personale	Unità
Dirigente Veterinario	2
APSF- Prof. Tec. San.	1
APSF- Coll. Tec. Biotecnologo	2
APSF- Coll. Tec. Agroalimentare	3
ADA- Assistente Informatico	1
ADA- Assistente Tecnico	7
ADO- Coad. Amm.vo Senior	1
ASU- Operatore Tecnico	2
ASU- Coad. Amm.vo	1

E si sono verificate le seguenti cessazioni per pensionamento o mobilità a vario titolo:

Classificazione Personale	Unità
Dirigente Veterinario	3
APSF- Prof. Tec. San.	1
APSF- Prof. San. Prev.	1
APSF- Coll. Tec. Biotecnologo	1
APSF- Coll. Amm.vo Statistico	1
APSF- Coll. Amm.vo Medio ex Ds	1
ADA- Ass. Tecnico Senior	1
ADA- Ass. Tecnico Add. Laboratorio	1
ADA- Ass. Tecnico	2
ADA- Ass. Amm.vo	2
ADO- Coad. Amm.vo Senior	1
ADO- Op. Tec. Spec.	3
ASU- Op. Tec.	2

Sulla base degli attuali requisiti anagrafici e contributivi previsti dalla normativa vigente, si stima un flusso di uscita costante per il personale dipendente nel triennio.

L'attuale organico dell'Istituto è quindi di seguito rappresentato

Organico Comparto e Dirigenza dell'IZSve – 31 dicembre 2025

Riepilogo Organico - 31/12/2025			
Comparto e Dirigenza			
Classificazione Personale	TI	TD	Tot. Gen.
Dirigente Veterinario	54	6	60
Dirigente Biologo	11	0	11
Dirigente Chimico	7	0	7
Dirigente Prof. Sanitarie /Qualità	1	0	1
Dirigente Professionale	1	1	2
Dirigente Tecnico	3	2	5
Dirigente Amministrativo	5	0	5
Totale Dirigenza	82	9	91
APSF - Prof. Tec. Sanitario	98	2	100
APSF - Coll. Prof. Tecnico	76	25	101
APSF - Coll. Prof. Amministrativo	47	0	47
Tot. Area Professionisti della Salute e Funzionari	221	27	248

ADA - Assistente Tecnico	45	2	47
ADA - Assistente Informatico	4	0	4
ADA - Assistente Amministrativo	34	0	34
Tot. Area degli Assistenti	83	2	85
ADO - Operatore Tecnico Spec.	22	0	22
ADO - Coadiutore Amministrativo Senior	23	0	23
Tot. Area degli Operatori	45	0	45
ASU - Operatore Tecnico	15	5	20
ASU - Coadiutore Amministrativo	5	1	6
Tot. Area Personale di Supporto	20	6	26
Totale Dotazione Organica	451	44	495

Nel personale a tempo indeterminato si tiene anche conto del personale, attualmente in aspettativa per altri incarichi o assunzioni a tempo determinato, che copre un posto in dotazione organica.

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 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 sia dell’aumento delle attività.

Tale programmazione prevede l’approvazione del presente *Piano assunzioni a tempo indeterminato anno 2026, Piano triennale dei fabbisogni 2026-2028 dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie*, elaborati 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 2026, è importante evidenziare i fattori che sono stati tenuti in considerazione.

Conclusosi il processo di revisione degli ordinamenti professionali e il reinquadramento del personale nel nuovo sistema di classificazione prosegue il processo di valorizzazione del personale, delineato dalla normativa e dalla contrattazione collettiva 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.

Contenutisticamente la programmazione 2026 – 2028 si pone in linea di continuità e di completamento 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 inoltre a garantire un efficace turn over e l’applicazione degli istituti contrattuali.

Si prevedono, tra le altre, assunzioni mirate di personale tecnico in grado di fornire apporto qualificato per gli obiettivi di sostenibilità, risparmio energetico e per il settore informatico.

Sulla base di quanto sopra riportato, il Piano Assunzioni 2026 e la relativa programmazione nel triennio, di seguito esposti, proposti dalla Direzione strategica, riportano le scelte in ordine alla programmazione delle risorse umane in coerenza con le risorse e le previsioni di spesa contenute nel bilancio preventivo economico 2026, adottato con DDG. n. 398/2025 e approvato con DCA n. 13/2025, inviata agli Enti cogenerenti. Tale programmazione è suscettibile di eventuali modifiche e integrazioni sulla base dell'evoluzione delle esigenze nel corso del triennio, in coerenza con le necessità reali, attuali e future e in base agli ambiti di attività in corso di sviluppo/potenziamento.

Nell'ambito della valorizzazione del personale il CCNL 2021-2024 del personale del comparto, ha previsto, in tema di progressione tra le aree, la proroga al 31.12.2026 della deroga al possesso del titolo di studio richiesto per l'accesso dall'esterno.

Il numero di assunzioni programmato nel triennio tiene conto, quindi, anche dell'opportunità di effettuare progressioni tra le aree da realizzare in base alle disponibilità finanziarie dell'ente e nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente, con lo scopo di valorizzare la carriera e le competenze acquisite dal personale dipendente nel corso degli anni.

Piano Assunzioni a Tempo Indeterminato 2026 e Piano Triennale dei Fabbisogni 2026-2028

Il Piano annuale 2026 e il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2026-2028, che si riportano in seguito, tengono conto, nel medio periodo, dei seguenti elementi:

FABBISOGNO PERSONALE DIRIGENZA

Ruolo / Profilo prof.	2026	2027	2028
Dirigente Veterinario	2	2	1
Dirigente delle Prof. Sanitarie	1	0	0
Dirigente Sanitario	2	0	0
Totale Ruolo Sanitario	5	2	1
Dirigente Analista	1	0	0
Totale Ruolo Tecnico	1	0	0
Dirigente Amm.	1	0	0
Totale Ruolo Amministrativo	1	0	0
Totale	7	2	1

FABBISOGNO PERSONALE COMPARTO ED EVENTUALI PROGRESSIONI

Ruolo / Profilo prof.	Area	2026	2027	2028
Collaboratore Profess. Sanit.	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	2	1	1
Totale Ruolo Sanitario		2	1	1
Collaboratore tecnico professionale	Area dei professionisti della salute e dei funzionari	10	2	1
Assistente Tecnico	Area degli assistenti	8	2	1
Assistente Informatico	Area degli assistenti	1		
Operatore Tecnico Spec.	Area degli operatori	6	2	2
Operatore Tecnico	Area del personale di supporto	2	1	1
Totale Ruolo Tecnico		27	7	5
Collaboratore Amm. Prof./Stat	Area dei professionisti della salute e dei funzionari - amm	5	5	0
Assistente Amministrativo	Area degli assistenti - amm	10	6	0
Coadiutore Amministrativo Sen.	Area degli operatori	5	2	1
Coadiutore Amministrativo	Area Personale Supporto	2	1	1
Totale Ruolo Amministrativo		22	14	2
Totale		51	22	8

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 del 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).

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.

Il continuo sviluppo dell'attività di ricerca ha reso 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 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.

Anche nel corso del 2025 l'Istituto ha proseguito il percorso di stabilizzazione, in favore del personale in possesso dei requisiti previsti, la cui spesa è finanziata con le risorse disponibili di cui all'art. 1, co. 424, ultimo periodo, della legge n. 205/2017, procedendo all'assunzione a tempo indeterminato di ulteriori 4 ricercatori.

L'attuale organico a tempo indeterminato è quindi composto da 40 unità, di cui 17 unità nel profilo professionale di Ricercatore sanitario, categoria Ds, e 23 unità nel profilo professionale di Collaboratore professionale di ricerca sanitaria, categoria D.

In base alla normativa sopra richiamata ed alle variazioni intervenute (rinunce intervenute e acquisizioni mediante cessazione di contratto) risultano inoltre inquadrati nella cosiddetta "Piramide della Ricerca" presso l'IZSVe, con contratto di lavoro a tempo determinato per anni cinque, ai sensi dell'art. 1, comma 432, della legge 205/2017 e s.m.i., complessivamente 35 unità, di cui 10 unità nel profilo professionale di Ricercatore sanitario, categoria Ds, e 25 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".

Ulteriori nuove assunzioni, sia di personale ricercatore che di supporto alla ricerca, potranno essere previste nel corso dell'anno in relazione a esigenze che dovessero presentarsi, motivando tali evenienze sia in termini di necessità che di fondi da destinare alle finalità di cui al comma 424, dell'art. 1 della Legge 205/17, subordinandone l'attuazione alla effettiva disponibilità finanziaria. Si terrà monitorata altresì la possibilità di effettuare altre stabilizzazioni in base alla normativa vigente.

Organico personale della Piramide della Ricerca dell'IZSVe – 31 dicembre 2025

Riepilogo Organico - 31/12/2025			
Piramide della Ricerca			
Classificazione Personale	TI	TD	Tot. Gen.
Ricercatori sanitari	17	11	28
Collaboratori professionale di ricerca sanitaria	23	27	50
Totale Dotazione Organica	40	38	78

3.3.5 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.

Come già sopra descritto nel corso del 2025 è iniziato un processo di profonda riorganizzazione dell'Istituto, nato dall'esigenza di adeguare l'assetto organizzativo dell'Istituto all'evoluzione del contesto scientifico e istituzionale e che porterà nel corso del 2026 all'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione del nuovo Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

3.3.6 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 2026 si proseguirà ad attuare, nei limiti delle risorse disponibili, lo sviluppo del personale delineato dalla Contrattazione collettiva.

Il contesto nazionale ed internazionale, pone inoltre sempre di più l'esigenza di reperire profili innovativi e fortemente specializzati.

3.3.7 LA STRATEGIA DI COPERTURA DEL FABBISOGNO

La strategia di copertura del fabbisogno, nell'ambito della dotazione organica dell'Istituto e tenendo conto del prossimo processo di riorganizzazione aziendale, verrà attuata mediante:

- selezioni e concorsi nell'ottica di attrazione e acquisizione delle competenze necessarie;
- mobilità interna tra unità organizzative;
- mobilità esterna o altre forme di assegnazione temporanea di personale tra PA (comandi e distacchi);
- assunzioni obbligatorie di lavoratori disabili od appartenenti alle categorie protette (ai sensi della Legge n. 68/1999);
- reinquadramento/riqualificazione del personale interno.

Rapporti di Lavoro a Tempo Indeterminato

L'Istituto procederà alle assunzioni previste in attuazione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2026-2028, 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 e della normativa vigente.

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.

Mobilità Interna

L'Istituto, nell'ambito della gestione delle assunzioni previste nelle varie annualità ricomprese nel Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2026-2028, 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.

3.3.8 ATTIVITÀ TRASVERSALI PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

A partire dal 2024 è stata avviata presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, in stretta collaborazione e coordinamento tra il Servizio Gestione Risorse umane e il Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni, una specifica task force al fine di avviare un processo integrato di gestione del personale, sfruttando le attitudini e le specifiche funzioni attribuite ai due servizi.

In particolare è stato avviato un progetto complesso con lo scopo di raggiungere molteplici obiettivi tra cui:

1 – Sviluppo di un progetto di *onboarding*

Tale progetto si è posto il principale obiettivo di affrontare nel suo complesso il processo accoglienza e accompagnamento del personale in primo ingresso presso l'Ente durante il primo anno di vita lavorativa.

Lo scopo principale di tale progetto è di razionalizzare le risorse e le attività che ruotano attorno all'ingresso di una nuova risorsa presso l'Ente, con il duplice intento di individuare gli attori coinvolti e il processo sotteso al reclutamento di nuovo personale e al contempo di offrire al personale in ingresso un percorso chiaro di avvio all'attività lavorativa, con referenti ben individuati e con la messa a disposizione degli strumenti iniziali indispensabili per l'inizio delle proprie attività.

Il progetto ha affrontato il duplice aspetto delle esigenze formative del personale in ingresso, siano esse trasversali e normate da legge e dunque caratterizzate da cogenza, come ad esempio nel campo della sicurezza negli ambienti di lavoro o della trasparenza e anticorruzione, come quelle più specifiche, legate al ruolo e mansione individuati.

Tale progettualità ha visto la collaborazione trasversale di tutte le figure target coinvolte nel processo di *onboarding*, con la realizzazione, come output atteso, di un progetto di fattibilità e con il disegno di un flusso operativo e documentale. Nel corso del 2026, dopo definitiva approvazione da parte della Direzione Strategica, tali azioni troveranno dunque concreto sviluppo, attraverso l'implementazione degli strumenti digitali e la mappatura degli snodi di interconnessione tra i differenti attori coinvolti.

Il processo nel suo insieme intende ottimizzare e razionalizzare la gestione del personale neoassunto, grazie anche all'avvio di un monitoraggio periodico sull'inserimento del personale in una determinata funzione/struttura, con efficientamento generale dei criteri di allocazione entro i primi 6 mesi di prova del personale in ingresso.

2 – Sviluppo e avvio della mappatura delle competenze del personale

Quando si parla di competenze, si fa riferimento sia ad abilità tecniche, specifiche di una professione o disciplina, sia a competenze trasversali (*soft skill*) ritenute strategiche per l'Organizzazione. Il miglioramento delle competenze rientra nel quadro del "*lifelong learning*" (apprendimento continuo), in cui l'aggiornamento e l'acquisizione di nuove conoscenze sono essenziali per adattarsi ai cambiamenti scientifici e tecnologici, nonché per la crescita personale, soprattutto in un ente che si occupa di sanità pubblica e di ricerca.

Pertanto, in ogni organizzazione, poter disporre di una chiara descrizione delle competenze richieste per i diversi ruoli e delle competenze effettivamente presenti, diventa uno strumento utile per costruire percorsi di apprendimento e sviluppo.

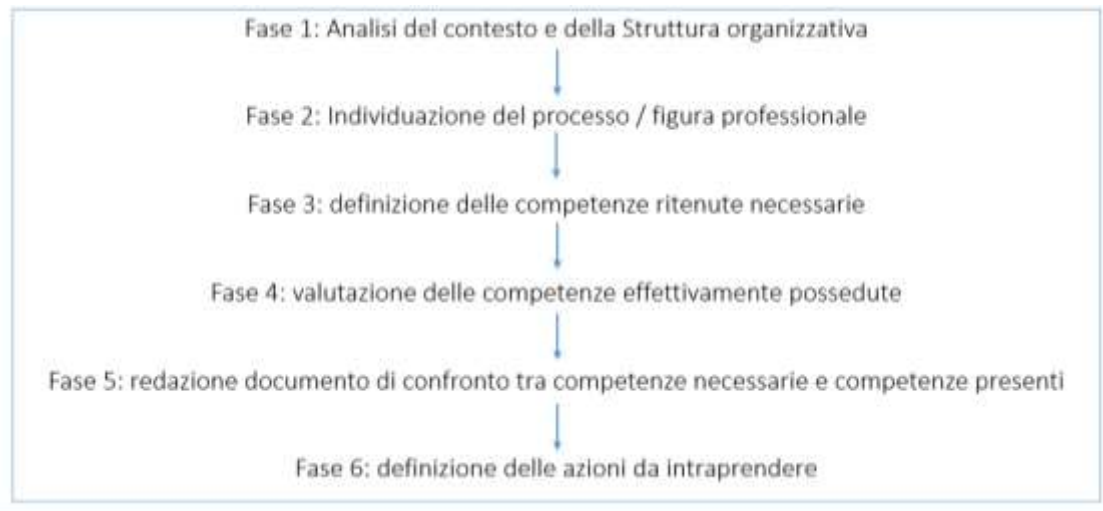
All'interno di un'organizzazione, la mappatura delle competenze consente di identificare le capacità e le abilità necessarie per svolgere le mansioni previste e di valutarne la presenza tra i dipendenti. Tale approccio favorisce inoltre una maggiore consapevolezza da parte dei lavoratori, che possono riflettere sul proprio operato e sulle proprie competenze attraverso il coinvolgimento in un processo strutturato di analisi delle stesse.

Le ricadute organizzative sono molteplici in tutti gli ambiti correlati alla gestione della vita lavorativa delle persone, dal loro ingresso allo sviluppo della carriera e alla fase di uscita dal modo lavorativo, con il delicato e indispensabile passaggio delle conoscenze acquisite ai collaboratori che prenderanno il testimone delle attività seguite.

Il presente progetto si è articolato lungo tutto il biennio 2024 e 2025 e proseguirà nella sua fase di concretizzazione nel 2026.

Obiettivo primario è stato la definizione di una metodologia che fosse adatta all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie per l'individuazione delle competenze necessarie alle mansioni richieste, partendo da un ruolo target.

Le fasi che si sono susseguite sono descritte in tabella:



La progressiva mappatura delle competenze del personale dell'IZSve ha come obiettivi strategici la razionalizzazione dell'assetto organizzativo, l'ottimizzazione di tutto il ciclo di gestione del personale (reclutamento, assegnazione, eventuale mobilità interna, progressioni di carriera) e la predisposizione di un Piano Formativo Aziendale (PFA) sempre più aderente ai gap formativi evidenziati e alle opportunità progettuali future.

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 vengono 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 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.

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 2026 è stato costruito sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi condotta nel 2024 e dell'indagine sul clima aziendale condotta nel 2024. Valutazioni di opportunità strategica, anche in relazione al riordino dei Servizi dell'IZSve avviato nel 2023 nonché alla riorganizzazione avviata a fine 2025 che si consoliderà nel 2026, hanno portato a individuare una metodologia di rilevazione dei fabbisogni formativi semplificata e che sarà condotta nel corso del 2026; l'indagine prevederà interviste ai Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo, tenendo conto delle

indicazione del CDA Aziendale (Piano Triennale delle Attività - PTA 2024-2026). Sarà valutata l'opportunità di ampliare la platea degli intervistati con altre figure di riferimento o rimandare al 2027 l'indagine strutturata e sopra descritta.

Sulla base dell'indagine sui fabbisogni formativi del personale e delle indicazioni del Comitato Scientifico per la Formazione dell'IZSVE è stato predisposto il Piano Formativo Annuale Aziendale PFA 2026. I principali punti indagati sono stati:

- Gli ambiti che necessitano maggiormente di interventi formativi per il raggiungimento dei risultati attesi rispetto alle aree di attività individuate come strategiche dall'IZSVE (Piano Triennale Performance 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, con particolare riferimento al target individuato come progetto pilota per la mappatura delle competenze (vedasi paragrafo dedicato 3.3.9, punto 2);
- Le figure professionali da selezionare come target prioritario;
- Le metodologie della formazione;
- La formazione presso strutture esterne all'Istituto tenuto anche conto di quanto messo a disposizione dal Ministero della Funzione Pubblica (Piattaforma Syllabus, SNA, ecc.)

In particolare, secondo quanto previsto dalle cosiddette "Direttive Formazione" del Ministro per la Pubblica Amministrazione (*Direttiva 23 marzo 2023 «Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza»; Direttiva 28 novembre 2023 «Nuove indicazioni in materia di misurazione e valutazione della performance individuale»; Direttiva del 14 gennaio 2025 «Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti»*), gli obiettivi formativi annuali e pluriennali sono intenti a promuovere lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze del proprio personale pubblico, funzionali alla realizzazione della transizione digitale, amministrativa ed ecologica delle amministrazioni, anche con il supporto dell'offerta formativa presente nella Piattaforma Syllabus del Ministero della Pubblica Amministrazione a cui l'IZSVE fa riferimento, per specifiche tematiche.

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 ha valutato 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 2025, approvato dal Comitato Scientifico per la Formazione dell'IZSVE in data 14/01/2026 (in corso di formalizzazione con specifica DDG), contiene l'elenco delle iniziative formative e, per ciascuna, è riportato: argomento, responsabile scientifico, obiettivo formativo, destinatari, eventuale accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina), stima delle risorse economiche necessarie alla sua realizzazione.

Nelle successive tabelle (1, 2 e 3) 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 un budget dedicato.

Elenco corsi riservati al personale IZSVe

Tabella 1: Corsi riservati al personale IZSVe sulla base dell'indagine dei fabbisogni formativi

Cod. Corso	Titolo	Obiettivo formativo (x. come da ECM)	N. edizioni previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Importi presunti
I 1	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	<i>tutto il personale</i>	50	no	2,5	0,00 €
I 2	Il sistema di protezione dei dati personali nell'Unione Europea	Privacy	1	Strategica	Zorzan Nadia	FAD	<i>tutto il personale</i>	100	no	2	0,00 €
I 3	Cybersecurity	Informatica	1	Strategica	Lunardi Loris	<i>fad</i>	<i>tutto il personale IZSVe</i>	200	no	2	2.500,00 €
I 4	Bilance: taratura e buone pratiche di utilizzo	14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	<i>fad</i>	<i>AQ, Personale interno interessato</i>	200	si	2	258,00 €
I 5	Sicurezza alimentare: i vegetali	23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	1	DFSA	Biancotto Giancarlo	<i>res</i>	<i>dirigenti sanitari</i>	25	si	7	258,00 €
I 6	La gestione di un'emergenza sanitaria: Emergenze epidemiche	24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	1	Dir. San.	Cattoli Giovanni	<i>res</i>	<i>Dirigenti sanitari coinvolti nella gestione delle emergenze</i>	50	si	7	258,00 €
I 7	La gestione di un'emergenza sanitaria: Emergenze MTA	23. Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate	1	Dir. San.	Cattoli Giovanni	<i>res</i>	<i>Dirigenti sanitari coinvolti nella gestione delle emergenze</i>	50	si	7	258,00 €
I 8	Il Bilancio di Esercizio IZSVe	Economico giuridico	1	SCA3	Casarotto Sara	<i>Training on the job</i>	<i>Personale del SEF con competenze base di contabilità e bilancio</i>	6	no	80	4.800,00 €
I 9	Aggiornamenti Personale Amministrativo	Contenuti da definire	1	SCA	Direttore Amministrativo	<i>res</i>	<i>Personale amministrativo</i>	25	no	6	2.500,00 €
I 10	Aggiornamenti Personale Amministrativo	Contenuti da definire	1	SCA	Direttore Amministrativo	<i>res</i>	<i>Personale amministrativo</i>	25	no	6	2.500,00 €
I 11	MOCA: norme, metodi e interpretazioni dei risultati	2. Linee guida - protocolli - procedure	1	SCS2	Benetti Cristiana	<i>res</i>	<i>chimici e tecnici di laboratorio del Lab. Chimica</i>	15	si	7	1.500,00 €
I 12	La gestione di una emergenza sanitaria: competenze e cambiamento organizzativo	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di	1	Strategica	Manca Grazia	<i>res</i>	<i>Tutto il personale</i>	200	si	30	22.000,00 €

		modelli organizzativi e gestionali									
I 13	Corso ODB Management - Follow up Toffolon	11. Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali	1	Strategica	Ricci Antonia	res	DSC	15	si	21	8.000,00 €
I 14	Micropipette: le buone pratiche di utilizzo	14. Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Muliari Riccardo	res	AQ, Personale interno interessato	50	si	4	258,22 €
I 15	Il processo di gestione delle non conformità, azioni correttive e di miglioramento	14. Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Carnieletto Paola	videoconferenza	AQ, Personale interno interessato	50	no	7	258,00 €
I 16	Gli strumenti di rilevazione della temperatura: gestione e conferma metrologica	14. Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità	1	U.O. Qualità	Muliari Riccardo	videoconferenza	AQ, Personale interno interessato	50	si	7	258,00 €
I 17	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 18	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 €
I 19	La fauna selvatica con focus ungulati [Corso relativo OdB .1.2.3]	24. Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale	1	DSPASP	Citterio Carlo	res	medici veterinari	30	si	6	258,00 €

Tabella 2: Corsi Obbligatori nell'Ambito Trasparenza e anticorruzione

Cod. corso	Titolo	Obiettivo formativo	N. ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Importi presunti
OB 1	Il codice etico e di comportamento in IZSVe	Fare acquisire conoscenze in merito al codice di comportamento	1	RPCT	Carnieletto Paola	<i>fad</i>	<i>Personale neoassunto e Personale interessato (interno ed esterno)</i>	200	no	2	0,00 €
OB 2	Il codice etico e di comportamento in IZSVe	Fare acquisire conoscenze in merito al codice di comportamento	2	RPCT	Carnieletto Paola	<i>res videoconferenza</i>	<i>Personale neoassunto e Personale interessato (interno ed esterno)</i>	50	no	5	0,00 €
OB 3	Il codice etico e di comportamento in IZSVe - Approfondimenti specifici	Fare acquisire conoscenze in merito al codice di comportamento	4	RPCT	Carnieletto Paola	<i>webinar</i>	<i>Personale neoassunto e Personale interessato (interno ed esterno)</i>	100	no	2	0,00 €
OB 4	Anticorruzione e trasparenza- livello generale	Fare acquisire conoscenze in merito all'etica e all'integrità del pubblico dipendente	1	RPCT	Carnieletto Paola	<i>fad</i>	<i>Personale neoassunto e Personale interessato</i>	200	no	4	0,00 €
OB 5	Anticorruzione e trasparenza- livello generale	Fare acquisire conoscenze in merito all'etica e all'integrità del pubblico dipendente	1	RPCT	Carnieletto Paola	<i>fad</i>	<i>Personale neoassunto e Personale interessato</i>	200	no	4	1.500,00 €
OB 6	Anticorruzione e trasparenza - approfondimento tematico (es. Intelligenza Artificiale)	Fare acquisire conoscenze in merito alle specifiche aree a rischio	1	RPCT	Carnieletto Paola	<i>res videoconferenza</i>	<i>Dirigenti e funzionari che operano nelle aree a rischio dell'IZSVe</i>	35	no	7	1.500,00 €

Tabella 3: Corsi Obbligatori nell'Ambito della Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro

Cod. Corso	Titolo	Obiettivo formativo	N. ed. previste	Struttura referente/richiedente	Responsabile scientifico	Tipo Formazione	Destinatari	Partecipanti previsti per edizione	ECM (si/no)	durata (ore)	Importi presunti per edizione
OBS 1	Aggiornamento formatori per la sicurezza	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	formatori per la sicurezza	15	no	24	3.500,00 €
OBS 2	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	In base alle esigenze	no	4	0,00 €
OBS 3	Formazione specifica lavoratori: rischio basso 4h	Sicurezza dei lavoratori	9	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	neoassunti	30	no	4	0,00 €
OBS 4	Formazione specifica lavoratori: rischio alto 12h	Sicurezza dei lavoratori	9	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	neoassunti	30	no	12	0,00 €
OBS 5	Aggiornamento formazione specifica lavoratori (rischio alto e basso)	Sicurezza dei lavoratori	6	Dir. Gen.	Milan Fabienne	Blended	lavoratori IZSve	30	no	6	0,00 €
OBS 6	Aggiornamento preposti (lavoratori e amministrativi)	Sicurezza dei lavoratori	7	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	preposti	30	no	6	0,00 €
OBS 7	Strutture e procedure laboratorio BSL3	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Pozza Giandomenico	RES	Nuovi addetti al BSL3	In base alle esigenze	no	8	0,00 €
OBS 8	Aggiornamento Primo Soccorso cat. B	Sicurezza dei lavoratori	2	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	25	no	4	2.000,00 €
OBS 9	Aggiornamento DAE	Sicurezza dei lavoratori	12	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	6	no	3-4	3.000,00 €
OBS 10	Formazione Preposti "nuova nomina"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	preposti	In base alle esigenze	no	8	2.000,00 €
OBS 11	Formazione dirigenti sicurezza "nuova nomina"	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Dirigenti per la sicurezza	In base alle esigenze	no	16	2.000,00 €
OBS 12	Primo soccorso gruppo B nuove nomine	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	In base alle esigenze	no	12	2.000,00 €
OBS 13	Utilizzatori DAE nuove nomine	Sicurezza dei lavoratori	1-2	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre primo soccorso	In base alle esigenze	no	5	800,00 €

OBS 14	Antincendio LIV.2 rischio medio nuove nomine	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre antincendio	In base alle esigenze	no	8	2.500,00 €
OBS 15	Antincendio LIV.3 rischio elevato nuove nomine	Sicurezza dei lavoratori	1	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti alle squadre antincendio	In base alle esigenze	no	16	3.000,00 €
OBS 16	Corso formazione/addestramento uso di autoclavi	Sicurezza dei lavoratori	2	Dir. Gen.	Milan Fabienne	RES	Personale individuato: addetti all' utilizzo di autoclavi	In base alle esigenze	no	6	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), nonché le attività inerenti il Sistema di gestione della Qualità e FMECA (*Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis*).

Tale attività si integra a programmi formativi più specifici, sempre attinenti allo sviluppo del capitale umano, declinato anche attraverso il raggiungimento dell'obiettivo formativo di 40 ore annuali pro-capite, in modo da garantire un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi di formazione raggiunti, così come disposto dall'ultima direttiva del Ministero della funzione pubblica del 14/01/2025 "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti".

3.4.2 POLITICHE DI PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO E DI CONCILIAZIONE

La normativa contrattuale del personale del comparto sanità favorisce il diritto allo studio dei dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, prevedendo la possibilità per ogni Ente di concedere permessi retribuiti per motivi di studio.

I permessi studio sono disciplinati dall'art. 62 del CCNL 2019-2021, sottoscritto il 2 novembre 2022, e non modificati dal recente CCNL 2022-2024, sottoscritto il 27 ottobre 2025. Nel testo contrattuale è prevista la concessione, anche in aggiunta alle attività formative programmate dall'Ente, di 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. I permessi spettano anche al personale con rapporto di lavoro a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi continuativi.

Il personale ha diritto alla concessione dei permessi in argomento 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.

I dipendenti beneficiari dei permessi in argomento hanno diritto all'assegnazione di turni di lavoro che agevolino la frequenza dei corsi stessi e la preparazione agli esami, non può essere obbligato a prestazioni di lavoro straordinario né al lavoro nei giorni festivi o di riposo settimanale.

Di seguito si rappresenta il personale fruitore dei permessi per il diritto allo studio negli anni 2023-2024.

PERSONALE FRUITORE DEI PERMESSI DI DIRITTO ALLO STUDIO

INQUADRAMENTO	GENERE	2023	2024	2023	2024
		Totale n° fruitori		Totale n° media ore fruitori/dipendenti	
		11	9	66,28	36,12
APS	MASCHI	1	1	17,02	28,51
	FEMMINE	2	1	34,03	59,5
ADA	MASCHI	1	1	130,47	19,13
	FEMMINE	1	0	73,19	0
PROGRAMMI DELLA RICERCA	MASCHI	1	1	147,47	43,12
	FEMMINE	5	5	58,49	34,57

LEGENDA:
 APS: Area dei professionisti della salute e dei funzionari (ex cat. D e D4)
 ADA: Area degli assistenti (ex cat. C)

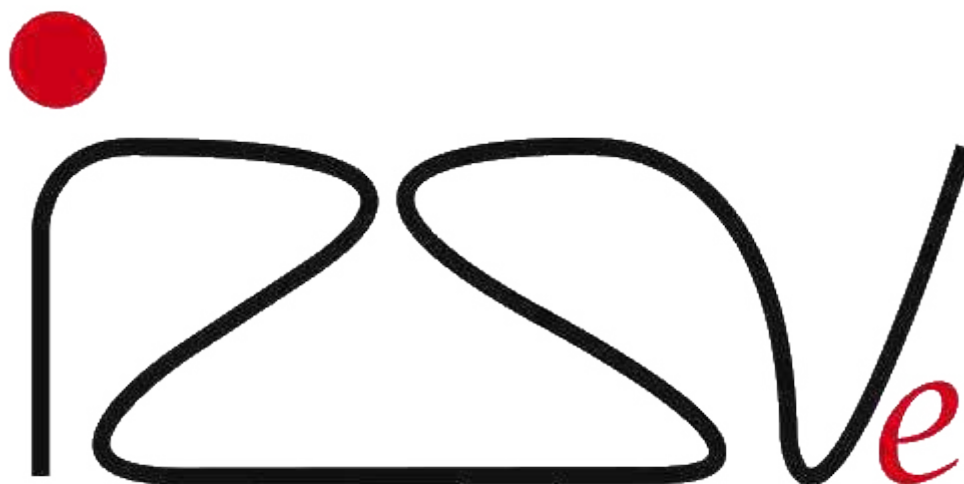
I permessi per il diritto allo studio sono uno strumento che porta vantaggi sia al dipendente sia all'Istituto. Per lo studente lavoratore rappresentano una misura di conciliazione vita-lavoro in quanto vengono incontro alle sue esigenze, concedendo un monte di ore da utilizzare ai fini del perseguimento del titolo di studio attestante la conclusione del percorso formativo, o di studi, intrapreso.

Il vantaggio per l'Istituto consiste nella possibilità di continuare ad avvalersi del proprio personale, concedendogli degli strumenti, previsti contrattualmente, per approfondire e perfezionare le proprie competenze e professionalità, che possono avere rilevanza anche nell'ambito dell'attività lavorativa assegnata.

4 SEZIONE 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, come di seguito sintetizzato:

Attività da monitorare	Riferimento nel PIAO	Strumento di monitoraggio	Ufficio referente
Performance	2.2.3 Monitoraggio della performance (p. 42)	Piattaforma digitale per il monitoraggio e l'archiviazione delle evidenze degli obiettivi raggiunti	Controllo di gestione
Rischi corruttivi	2.3.6 Trattamento e monitoraggio del rischio: identificazione, progettazione e programmazione delle misure e degli indicatori anticorruzione a garanzia dell'imparzialità e di mitigazione del rischio (pp.57-70) Allegato 1 – Mappatura dei processi con analisi, valutazione, trattamento dei rischi e monitoraggio delle misure 2026-2028	Piattaforma digitale per il monitoraggio e scheda di monitoraggio	RPCT
Amministrazione trasparente	2.3.8.2 Monitoraggio periodico Sezione Amministrazione Trasparente Allegato 3 – Elenco degli obblighi di pubblicazione - trasparenza (D. lgs. n. 33/2013)	Piattaforma digitale per il monitoraggio, Relazione OIV	RPCT
Formazione	3.4.1 Monitoraggio (p. 110)	Riesami periodici e Riesame annuale	SCS4 – Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni



Istituto **Z**ooprofilattico
Sperimentale delle **V**enezie

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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 2026 - 2028


AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio	Processo	Valutazione Rischio		
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Basso / trascurato 😊 2,35	A.01 - PROGRAMMAZIONE E DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE	Basso / trascurato 😊 4,27		
		A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE	Basso / trascurato 😊 3,26		
		A.03 - INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI (ART. 53 D.LGS. 165/2001)	Basso / trascurato 😊 1,20		
		A.04 - FONDI CONTRATTUALI DEL PERSONALE DEL COMPARTO E DELLE AREE DIRIGENZIALI	Basso / trascurato 😊 2,18		
		A.05 - SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA SANITARIA	Basso / trascurato 😊 3,58		
		A.06 - PROCEDURA DI RILEVAZIONE DEI CONTROLLI EFFETTUATI DALLA SCA1	Basso / trascurato 😊 1,35		
		A.09 - RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DEL PERSONALE	Basso / trascurato 😊 1,58		
		A.10 - GESTIONE DEL LAVORO AGILE	Basso / trascurato 😊 1,40		
		B - CONTRATTI PUBBLICI	Basso / trascurato 😊 3,65	B.20 - ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI RICORRENDO ALLA CENTRALE DI COMMITTENZA	Basso / trascurato 😊 3,05
				B.21 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI	Basso / trascurato 😊 3,20
B.22 - PROGETTAZIONE	Basso / trascurato 😊 4,40				
B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE	Basso / trascurato 😊 3,30				
B.24 - CONTRATTI	Medio 😟 7,34				
B.25 - MAGAZZINO E LOGISTICA	Basso / trascurato 😊 4,27				
B.26 - GESTIONE CASSA ECONOMALE DELLA SEDE CENTRALE	Basso / trascurato 😊 2,60				
B.29 - PROGRAMMAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascurato 😊 1,75				
B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI	Basso / trascurato 😊 3,20				
B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascurato 😊 3,67				
B.32 - VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascurato 😊 3,75				
B.33 - ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI	Basso / trascurato 😊 3,25				
C - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Basso / trascurato 😊 2,81	C.02 - TIROCINI FORMATIVI E DI ORIENTAMENTO	Basso / trascurato 😊 2,28		
		C.05 - GESTIONE PRIVACY	Basso / trascurato 😊 3,33		

Piano anticorruzione 2026 - 2028


AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio	Processo	Valutazione Rischio
D - PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO	Basso / trascurato 😊 2,10	<u>D.01 - CONFERIMENTO BORSE DI STUDIO</u>	Basso / trascurato 😊 2,10
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Basso / trascurato 😊 1,83	<u>E.10 - GESTIONE ADEMPIMENTI FISCALI, PREVIDENZIALI E TRIBUTARI</u>	Basso / trascurato 😊 2,10
		<u>E.11 - BILANCIO DI PREVISIONE</u>	Basso / trascurato 😊 1,92
		<u>E.12 - BILANCIO D'ESERCIZIO</u>	Basso / trascurato 😊 1,92
		<u>E.13 - CICLO ATTIVO</u>	Basso / trascurato 😊 1,58
		<u>E.14 - CICLO PASSIVO</u>	Basso / trascurato 😊 1,57
		<u>E.15 - GESTIONE PATRIMONIO</u>	Basso / trascurato 😊 1,65
		<u>E.16 - CONTRATTI DI LOCAZIONE (ATTIVI / PASSIVI) E CONTRATTI DI COMODATO</u>	Basso / trascurato 😊 2,10
F - CONTROLLI	Basso / trascurato 😊 2,18	<u>F.02 - BUDGETING</u>	Basso / trascurato 😊 1,45
		<u>F.04 - GESTIONE TARIFFE</u>	Basso / trascurato 😊 2,90
G - INCARICHI E NOMINE	Basso / trascurato 😊 2,85	<u>G.01 - CONFERIMENTO INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI</u>	Basso / trascurato 😊 2,20
		<u>G.02 - CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA PTA E DI STRUTTURA SEMPLICE</u>	Basso / trascurato 😊 3,50
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Basso / trascurato 😊 1,87	<u>H.01 - ASSISTENZA, RAPPRESENTANZA E DIFESA IN GIUDIZIO COMPRESO RECUPERO CREDITO VANTATO DALL'ENTE</u>	Basso / trascurato 😊 2,16
		<u>H.02 - GESTIONE DELLA FASE DI PRECONTENZIOSO E STRAGIUDIZIALE E GESTIONE ACCORDI TRANSATTIVI, FORMULAZIONE DI RISPOSTE A RECLAMI, ESPOSTI, DIFFIDE</u>	Basso / trascurato 😊 1,92
		<u>H.03 - PREDISPOSIZIONE E FORMULAZIONE DI PARERI SU RICHIESTA DELLE DIREZIONI</u>	Basso / trascurato 😊 2,10
		<u>H.19 - Gestione archivio</u>	Basso / trascurato 😊 1,11
		<u>H.20 - Gestione dei documenti nel sistema di protocollo informatico</u>	Basso / trascurato 😊 0,58
		<u>H.21 - Contratti di contributo alla ricerca</u>	Basso / trascurato 😊 2,40
		<u>H.22 - ACCORDI DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI EX ART. 15 L. 241/90</u>	Basso / trascurato 😊 1,90
		<u>H.23 - CONTRATTI PER PRESTAZIONE ATTIVITA' CD. "SEMPLICI" E "COMPLESSE"</u>	Basso / trascurato 😊 2,40
		<u>H.24 - CONVENZIONI PER PRESTAZIONI A PAGAMENTO PREVISTE A TARIFFARIO</u>	Basso / trascurato 😊 2,00
		<u>H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO</u>	Basso / trascurato 😊 1,40

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO	Valutazione Rischio	Processo	Valutazione Rischio
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Basso / trascurato  1,87	H.26 - GESTIONE POLIZZE ASSICURATIVE	Basso / trascurato  2,63
I - AREA ISTITUZIONALE: PRESTAZIONI DI LABORATORIO E SUPPORTO TECNICO SCIENTIFICO ALL'AUTORITA' SANITARIA PUBBLICA	Basso / trascurato  3,01	I.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'autorità sanitaria pubblica	Basso / trascurato  1,83
		I.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/SOPRALLUOGHI: attività di supporto, consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di soggetti pubblici	Basso / trascurato  4,19
L - ATTIVITA' A PAGAMENTO: FORNITURE DI SERVIZI E PRODOTTI ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO	Basso / trascurato  3,03	L.01 - PROCESSO ATTIVITA' ANALITICA: erogazione prestazioni di laboratorio su istanza volontaria del richiedente (operatori economici/professionisti/consumatori)	Basso / trascurato  2,48
		L.02 - PROCESSO CONSULENZE/PARERI/SOPRALLUOGHI: erogazione attività di consulenza, pareri, sopralluoghi su richiesta di privati	Basso / trascurato  3,58
M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE	Basso / trascurato  2,00	M.01 - PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DA FONDI PUBBLICI	Basso / trascurato  1,32
		M.02 - PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI RICERCA FINANZIARI DA FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE	Basso / trascurato  3,47
		M.04 - FORMAZIONE INDIVIDUALE SPONSORIZZATA E PARTECIPAZIONE COME RELATORE/DOCENTE AD EVENTI SPONSORIZZATI	Basso / trascurato  2,47
		M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI	Basso / trascurato  1,11
		M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA	Basso / trascurato  1,61
N - AREE ULTERIORI	Basso / trascurato  1,53	N.02 - GESTIONE ANALISI ESIGENZE FORMATIVE	Basso / trascurato  1,17
		N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA' FORMATIVE	Basso / trascurato  1,19
		N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI	Basso / trascurato  3,07
		N.10 - GESTIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Basso / trascurato  0,67

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1716 - definizione di una fabbisogno di personale non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1716 - 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 2026:Si)

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE		
AREA DI RISCHIO		
Processo	<u>A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE</u>	
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1717 - Alterazione di procedure di scelta e gestione scorretta degli istituti previsti al fine di favorire un candidato	Misura di controllo 1717 - 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 dei profili, dei requisiti indicati, la presenza di graduatorie vigenti utilizzabili e la programmazione dell'acquisizione della risorsa richiesta nel Piano Assunzioni. Tali verifiche sono propedeutiche all'approvazione del bando. Misura di mantenimento 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE		
AREA DI RISCHIO		
Processo	<u>A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE</u>	
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1718 - alterazione o utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione al fine di favorire /sfavorire determinati soggetti	Misura di controllo 1718 - 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. 2026:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1719 - 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. 2026:100,00%)


Piano anticorruzione 2026 - 2028		
AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
Processo	<u>A.02 - RECLUTAMENTO PERSONALE CON RAPPORTO A TEMPO DETERMINATO E INDETERMINATO TRAMITE CONCORSO/SELEZIONE</u>	
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1719 - 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 1720 - 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 interesse. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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
1720 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione al fine di favorire determinati soggetti	Misura di trasparenza 1721 - 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 pubblicazione delle tracce delle prove e delle graduatorie finali aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori, pubblicazione del collegamento ipertestuale dei dati di cui all'art. 19 del D.lgs. 33/2013 31.12 Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale pubblicazioni graduatorie e prove rispetto ai concorsi svolti nell'anno. target 100% (Perc. 2026:100,00%)


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
Misure di mitigazione	
Sintesi della valutazione	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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
1759 - 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 1761 - 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. 2026:100,00%)
	Misura di controllo 1762 - 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. 2026:100,00%)
	Misura di informatizzazione dei processi 1763 - 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. 2026:100,00%)

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/contraddittorie	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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	
1756 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/sfavorire determinati soggetti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1758 - 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 2026: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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1758 - non corretta applicazione in sede di contrattazione integrativa di norme contrattuali e/o legislative al fine di agevolare determinati soggetti	Misura di trasparenza 1760 - 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 2026:Si)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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	Mensilmente, nel corso dell'anno viene effettuato il monitoraggio della spesa sui fondi contrattuali. Verifica, prima della messa in pagamento, delle liquidazioni particolari di voci legate ai fondi. Determina di approvazione e conseguente liquidazione dei fondi contrattuali.	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza regole poco chiare regole contrastanti/contraddittorie	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1757 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/sfavorire determinati soggetti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1759 - Monitoraggio periodico delle spese sui fondi contrattuali; Controllo della corretta registrazione da parte di GPI prima della messa in pagamento di liquidazioni particolari sui fondi; Determina di liquidazione dei saldi dei fondi.	Responsabile della misura: Direttore Responsabile SCA1 - Risorse Umane Obiettivo, piano e termine misura: Obiettivo: Monitoraggio periodico delle spese sui fondi contrattuali; Piano: Monitoraggio mensile tramite applicativo HR - GPI della spesa sui fondi contrattuali con contestuale proiezione annuale. Verifica puntuale delle registrazioni GPI relative alle liquidazioni particolari legate ai fondi contrattuali. Redazione della determina di liquidazione dei saldi dei fondi contrattuali, prima della messa in pagamento, e verifica della corretta registrazione da parte di GPI. Indicatori di monitoraggio della misura: Prospetti di monitoraggio della spesa sui fondi estratti da applicativo HR – GPI (Nr. prospetti >= 12) (S/N 2026:Si) Indicatori di monitoraggio della misura: Prospetto di attestazione dell'esito dei controlli stipendiali in occasione di liquidazioni particolari o di liquidazione dei saldi fondi (Nr. prospetti verifica controlli >= 1) (S/N 2026:Si)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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)	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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1727 - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1731 - 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 dichiarazioni di conflitto di interesse acquisite rispetto al totale componenti commissioni. Target 100% (Perc. 2026 :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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**

A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo		
A.06 - PROCEDURA DI RILEVAZIONE DEI CONTROLLI EFFETTUATI DALLA SCA1		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1760 - 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 1764 - 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. 2026:12,00) Indicatori di monitoraggio della misura: verifica successiva da parte del UO Controllo di Gestione con eventuale segnalazione di eventuali anomalie. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)


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
Misure di mitigazione	
Sintesi della valutazione	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO

A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

Processo		
A.09 - RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DEL PERSONALE		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1762 - Ritardo o omissione nella rilevazione delle presenze al fine di alterare la presenza in servizio	Misura di controllo 1766 - 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. 2026:2,00)

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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1754 - mancati o incompleti controlli al fine di riconoscere benefici e vantaggi impropri ai dipendenti	Misura di controllo 1756 - 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. 2026:75,00%)



Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1766 - mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione alla convenzione, allo scopo di rendere necessarie acquisizioni di urgenza autonome e frazionare artificiosamente il bisogno	Misura di controllo 1771 - 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 scadenziario contratti/rotazione fornitori e gare in programmazione CRAV; Indicatori di monitoraggio della misura: n. verbali trimestrali della struttura predisposti relativi ai controlli effettuati (Num2. 2026:4,00)
	Misura di regolamentazione 1772 - 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 2026:Si)

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo	B.20 - ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI RICORRENDO ALLA CENTRALE DI COMMITTENZA		
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1767 - 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 1773 - 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 2026:Si)	
	Misura di trasparenza 1774 - 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 2026: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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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
1768 - mancata o insufficiente verifica regolare esecuzione	Misura di controllo 1775 - 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. 2026:1,00)


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
Misure di mitigazione	
Sintesi della valutazione	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1776 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	Misura di trasparenza 1793 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 E L. 190/12: pubblicazione atti di programmazione	Indicatori: 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 2026:Si)

Piano anticorruzione 2026 - 2028



AREA DI
RISCHIO

B - CONTRATTI PUBBLICI

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1769 - Induzione ad indicare bisogni e/o requisiti minimi e/o criteri di valutazione alterati per favorire operatori specifici		Indicatori:	
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1777 - 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 tema di conflitto di interessi a supporto della compilazione delle dichiarazioni. Inoltre viene effettuata la verifica attraverso la banca dati aziendale "Gestione conflitti di interesse". Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica delle dichiarazioni assenza conflitti interesse nella banca dati aziendale "Gestione conflitti interesse". Target 100% (Perc. 2026:100,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: acquisizione delle dichiarazioni conflitto di interesse compilate dal Progettista. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)	
1770 - elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	Misura di rotazione 1778 - 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 scadenario per la verifica degli operatori economici da inviare alle procedure. Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica in fase di avvio della procedura nello scadenario contratti / rotazione del precedente affidatario del medesimo settore di fornitura/CPV (Perc. 2026:100,00%)	


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1771 - Ammissione concorrenti non in possesso dei requisiti richiesti	Misura di trasparenza 1781 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 - Pubblicazione determina a contrarre	Indicatori: 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 determinate a contrarre nella sezione trasparenza del sito IZSVe (Perc. 2026:100,00%)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo		B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1772 - alterazione della valutazione qualitativa da parte della commissione giudicatrice/esperto tecnico per favorire determinati soggetti	Misura di trasparenza 1782 - 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. 2026:100,00%)	
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1783 - 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. 2026:100,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica delle dichiarazioni dei componenti interni delle commissioni attraverso la banca dati aziendale "Gestione conflitti interesse" (Perc. 2026:100,00%)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1773 - Mancata o incompleta verifica dei requisiti ex art. 80		Indicatori:	
	Misura di trasparenza 1785 - 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 2026:Si)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo	B.23 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE		
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1774 - 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 1787 - Acquisizione delle dichiarazioni assenza conflitto di interesse del Direttore dell'Esecuzione del Contratto.	Indicatori: 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. 2026:100,00%)	
	Misura di controllo 1788 - 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. 2026:1,00)	
	Misura di trasparenza 1789 - 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 2026:Si)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1775 - utilizzo fraudolento della Fuel Card finalizzato a procurare indebiti vantaggi	Misura di controllo 1790 - 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. 2026: 10,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale 100% controlli a campione semestrale su utilizzo fuel card assegnate ai furgoni (Perc. 2026:100,00%)


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

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	<p>Il processo è finalizzato alla gestione della cassa economale attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1721 - utilizzo di giustificativi fasli/ fittizi per ottenere rimborsi spese per cassa non dovuti e quindi indebiti vantaggi		Indicatori:	


Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO
B - CONTRATTI PUBBLICI

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	<p>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.</p> <p>Attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>mancata programmazione</p>		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1681 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	Misura di controllo 1668 - 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. 2026:1,00)	
	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1669 - 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. 2026:100,00%)	
	Misura di trasparenza 1670 - 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. 2026:1,00)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

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	<p>Il processo è finalizzato alla redazione degli atti di gara.</p> <p>Attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>manca / inadeguatezza di controlli</p> <p>monopolio delle conoscenze</p> <p>monopolio delle informazioni</p> <p>eccessiva discrezionalità</p> <p>conflitto di interessi</p>		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1682 - nomina del progettista in rapporto di contiguità con imprese o privo di requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	<p>Misura di disciplina del conflitto di interessi</p> <p>1672 - acquisizione della dichiarazione assenza conflitti di interesse del progettista</p>	<p>Indicatori:</p> <p>Responsabile della misura: Direttore Servizio Tecnico</p> <p>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.</p> <p>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. 2026:100,00%)</p>	
1683 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	<p>Misura di disciplina del conflitto di interessi</p> <p>1674 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse del RUP</p>	<p>Indicatori:</p> <p>Responsabile della misura: Direttore Servizio Tecnico</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: Misura di mantenimento</p> <p>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. 2026:100,00%)</p>	
1684 - mancata alternanza nel ruolo di progettista	<p>Misura di rotazione</p> <p>1675 - Rotazione nella nomina del progettista</p>	<p>Responsabile della misura: Direttore Servizio Tecnico</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: obiettivo: assicurare l'alternanza dei soggetti che redigono la documentazione di gara</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale rotazione progettisti su totale dei progettisti incaricati. Target 80% (Perc. 2026:80,00%)</p>	


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo	B.30 - PROGETTAZIONE ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI, LAVORI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1685 - 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;		Indicatori:	
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	<p>Il processo ha per finalità la scelta del migliore offerente cui aggiudicare l'appalto.</p> <p>Attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1686 - mancanza di trasparenza nelle informazioni afferenti la procedura di gara al fine di favorire determinati operatori economici	Misura di trasparenza 1677 - 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. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo		B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1687 - mancata applicazione dei principi di concorrenzialità e rotazione, in assenza di giustificate motivazioni	Misura di rotazione 1678 - 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 scadenziario per la verifica degli operatori economici da inviare alle procedure. Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica in fase di avvio della procedura nello scadenziario (Perc. 2026: 100,00%)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo	B.31 - SELEZIONE DEL CONTRAENTE PER ACQUISIZIONE BENI, SERVIZI E LAVORI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1688 - 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 1679 - 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. 2026:100,00%)
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1680 - 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: (Perc. 2026: 100,00%)
	Misura di trasparenza 1681 - 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. 2026:100,00%)

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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo B.32 - VERIFICA, AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1689 - alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	Misura di controllo 1682 - 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 Indicatori di monitoraggio della misura: per ogni aggiudicatario check list di controlli sui requisiti posseduti (S/N 2026:Si)
1690 - 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 1684 - Misura di trasparenza - pubblicazione nel profilo committente del provvedimento di affidamento / aggiudicazione dell'appalto	Indicatori: 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. 2026:100,00%)
1691 - 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 1685 - 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**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	<p>Il processo ha per finalità la regolare esecuzione del contratto d'appalto stipulato con l'aggiudicatario.</p> <p>Attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>eccessiva discrezionalità</p> <p>conflitto di interessi</p> <p>scarsa responsabilizzazione interna</p>	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1692 - 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 1686 - 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. 2026: 100,00%)
	Misura di trasparenza 1687 - 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. 2026: 100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028


AREA DI
RISCHIO


B - CONTRATTI PUBBLICI

Processo		B.33 - ESECUZIONE E RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO BENI, SERVIZI E LAVORI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1693 - 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 1688 - 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. 2026: 100,00%)	
	Misura di trasparenza 1689 - 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 Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale di atti-documenti pubblicati/n. contratti in fase di esecuzione (Perc. 2026:100,00%)	
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 prefettura; 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1694 - effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi al fine di procurare indebiti vantaggi	Misura di trasparenza 1690 - 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. 2026:80,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1755 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni	Misura di regolamentazione 1757 - 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 2026:Si)	

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			


Piano anticorruzione 2026 - 2028

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	
1680 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	Misura di controllo 1667 - 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. 2026:100,00%)	
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/contraddittorie mancanza di competenze		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1715 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	Misura di controllo 1715 - 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. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


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/conflicto di interesse dei membri per aggiornamento elenco esistente / attivazione procedura selettiva per aggiornamento elenco idonei.		
Storico cause degli eventi rischiosi	conflicto di interessi		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1763 - 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 1767 - 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 dichiarazioni di conflitto di interesse acquisite rispetto al totale dei componenti commissioni. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1706 - 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 1705 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI: verbalizzazione da parte del collegio dei revisori della corretta presentazione delle dichiarazioni	Responsabile della misura: Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico Finanziario 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. 2026:100,00%)	

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI
RISCHIO


E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO


Processo	E.11 - BILANCIO DI PREVISIONE		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
1707 - non corretta rappresentazione della programmazione economica delle attività dell'ente	Misura di controllo 1706 - Verifiche sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.		Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica di N°2 proposte presentate dai responsabili di (Perc. 2026: 100,00%)
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
1708 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	Misura di controllo 1707 - 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. 2026:100,00%)


Piano anticorruzione 2026 - 2028


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	<p>Emissione della fattura al cliente.</p> <p>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.</p> <p>Il personale dell'U.O, addetto alla fatturazione, segue una delle seguenti operazioni:</p> <p>a) Fatturazione manuale delle analisi concluse e refertate dopo aver importato dal software gestionale sanitario i dati economici relativi alle prestazioni erogate.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 Dirigente del Servizio</p> <p>Responsabilità: responsabile del procedimento di fatturazione:</p> <p>1) Personale Sistemi Informativi addetto alla gestione dei dati sanitari.</p> <p>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).</p>		
Storico cause degli eventi rischiosi	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli</p> <p>mancanza di procedure</p>		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1709 - Omissione totale/parziale della fatturazione al fine di favorire un cliente	<p>Misura di controllo</p> <p>1708 - sistema di controlli interni: controllo di regolarità contabile . intensificazione controlli su fatture emesse</p>	<p>Responsabile della misura: Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico Finanziario</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: misura di mantenimento. controllo sulle note di credito emesse nell'anno di competenza</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Controllo su tutte le note di credito emesse (Perc. 2026:100,00%)</p>	


Piano anticorruzione 2026 - 2028			
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	<p>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, nonché le attività a supporto delle pratiche legali per il recupero dei crediti.</p> <p>Personale dell'U.O. impegnato: 2 unità personale ufficio clienti addetti al recupero crediti e Dirigente della struttura;</p> <p>Responsabilità:</p> <p>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).</p> <p>2) Dirigente della struttura (supervisione delle operazioni) per la verifica dei piani di rientro.</p>		
Storico cause degli eventi rischiosi	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli</p> <p>eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento</p> <p>monopolio di potere o decisionale</p> <p>mancanza di risorse</p>		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1710 - errato stralcio dei crediti per i quali non è stata correttamente seguita la procedura di recupero	<p>Misura di controllo</p> <p>1709 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - controllo Collegio dei revisori</p>	<p>Responsabile della misura: Direttore SCA3</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: trasmissione al Collegio dei Revisori dell'elenco dei crediti stralciati nell'esercizio perchè inesigibili (vedi Regolamento interno)</p> <p>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. 2026:100,00%)</p>	
	<p>Misura di semplificazione o organizzazione dei processi</p> <p>1710 - attuazione del Regolamento interno - invio sollecito per importi >= € 100 e azione legale per importi >= a € 500</p>	<p>Responsabile della misura: Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico Finanziario</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: Misura di mantenimento</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Clienti sollecitati con fatture non saldate >= 100 euro almeno 2 volte l'anno. (Perc. 2026:80,00%)</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Posizioni clienti insolventi per fatture non saldate da oltre 120 gg >=500 euro inviate al legale. (Perc. 2026:100,00%)</p>	

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Le fasi vengono di seguito riportate:</p> <p>a) Accettazione: la fattura viene accettata (in caso di irregolarità viene rifiutata).</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>d) Registrazione: la fattura viene registrata nella contabilità - rilevazione costo e debito verso il fornitore.</p> <p>d) Pagamento: emissione ordinativo trasmesso al tesoriere che provvede al pagamento al fornitore.</p> <p>Personale dell'U.O. impegnato: 5 unità del personale U.O. Contabilità generale - Fornitori, Dirigenti dei centri di approvvigionamento, Dirigente del Servizio</p> <p>Responsabilità:</p> <p>1) Responsabile del centro di approvvigionamento per la liquidazione.</p> <p>2) Personale U.O. Contabilità generale - Fornitori per le operazioni di registrazione e pagamento (completezza dell'istruttoria).</p> <p>3) Dirigente della struttura (firma dell'ordinativo di pagamento)</p>	
Storico cause degli eventi rischiosi	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli</p> <p>eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento</p> <p>mancanza di risorse</p>	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1711 - mancato rispetto dei tempi massimi di pagamento	<p>Misura di controllo</p> <p>1711 - Verifica e controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati</p>	<p>Indicatori di monitoraggio della misura: Controllo che indicatore di tempestività dei pagamenti sia < 0 nei primi 3 trimestri dell'anno. (Perc. 2026:90,00%)</p>

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO		
AREA DI RISCHIO		
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	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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)</p>	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento eccessiva discrezionalità conflitto di interessi	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1712 - errore nell'identificazione del dipendente al quale effettuare il controllo di equitalia da parte della GPI (outsourcing)	Misura di trasparenza 1712 - 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
AREA DI RISCHIO		
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO		
Processo	E.14 - CICLO PASSIVO	
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	112 - Gestione delle carte di credito	
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE	
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile	 1,10
Struttura	SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	Responsabile Casarotto Sara
Descrizione processo e relative fasi	<p>il processo di gestione delle carte di credito è regolato con regolamento interno approvato con DDG n. 318/2024. Le carte di credito sono utilizzate per effettuare i pagamenti delle spese indicate nel regolamento e nei limiti ivi indicati. Sono responsabili delle spese gli intestatari delle carte di credito. L'U.O. Contabilità generale - Fornitori verifica i rendiconti mensili ricevuti ed effettua le registrazioni contabili.</p> <p>Personale dell'U.O. impegnato: 1 unità del personale dell'U.O. Contabilità generale - Fornitori e il Dirigente di struttura.</p> <p>Responsabilità:</p> <p>1) Dirigenti intestatari delle note di credito: Dirigente della SCA2 e Direttrice generale.</p>	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di competenze mancanza di risorse mancanza di valori etici mancata informatizzazione	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1713 - irregolare utilizzo della carta di credito	Misura di controllo 1713 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: carte di credito	Responsabile della misura: Dirigente Responsabile SCA3 Servizio Economico finanziario Obiettivo, piano e termine misura: Misura finalizzata a intensificare i controlli sull'utilizzo della carta di credito. Indicatori di monitoraggio della misura: Rendiconti mensili controllati e verificati da parte di due operatori (S/N 2026:Si)


Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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	<p>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.</p> <p>Personale dell'U.O. impegnato: 1 unità personale amministrativo della struttura addetto alla gestione dell'inventario e il Dirigente della struttura;</p> <p>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).</p>	
Storico cause degli eventi rischiosi	<p>manca / inadeguatezza di controlli</p> <p>manca di procedure</p> <p>manca di risorse</p>	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1714 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	<p>Misura di controllo</p> <p>1714 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - Controllo periodico a campione dei beni assegnati alle strutture</p>	<p>Responsabile della misura: Controllo periodico a campione dei beni assegnati alle strutture</p> <p>Personale dell'U.O. impegnato: 1 unità personale amministrativo della struttura addetto alla gestione dell'inventario e il Dirigente della struttura;</p> <p>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).</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: Verifica della consistenza corretta del patrimonio aziendale</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: n. 2 strutture controllate a campione (Perc. 2026:100,00%)</p>

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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	<p>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 ad uso gratuito di beni mobili tramite stipula contratti di comodato di beni mobili</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio di potere o decisionale</p>	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1729 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	<p>Misura di controllo 1733 - duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto e verifica degli atti da parte dell'UO Legale</p>	<p>Responsabile della misura: Dirigente Responsabile SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza</p> <p>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</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale degli atti a valutazione congiunta dirigente -funzionario sul totale degli atti. target 100% (Perc. 2026:100,00%)</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale degli atti sottoposti al controllo dell'UO Legale. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)</p>

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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)	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		1,92
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	<ul style="list-style-type: none"> - 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 mancanza di trasparenza		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1730 - Liquidare/incasso di somme non dovute o non corrette	Misura di controllo 1734 - 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. 2026 :100,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: pubblicazione dei dati relativi agli immobili oggetto di locazione. target 100% (Perc. 2026 :100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1813 - Omessi o incompleti controlli per procurare indebiti vantaggi/agevolare determinati soggetti		Indicatori:	
1814 - accordi collusivi volti a predisporre obiettivi automaticamente raggiungibili e procurare indebiti vantaggi		Indicatori:	
1815 - 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 1825 - INFORMATIZZAZIONE DEL PROCESSO ISTRUTTORIO 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 raccogliatore degli obiettivi e strumento per il successivo monitoraggio e rendicontazione Indicatori di monitoraggio della misura: utilizzo del sistema di gestione della performance come unico raccogliatore degli obiettivi. target 100% (Perc. 2026: 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO F - CONTROLLI

Processo F.02 - BUDGETING		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1816 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi finalizzati procurare indebiti vantaggi	Misura di controllo 1826 - 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. 2026 :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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1817 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo stato avanzamento obiettivi	Misura di controllo 1827 - 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 completezza dati inseriti. target 100% (Perc. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
F - CONTROLLI

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 attività: - 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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1722 - Omissione dei controlli di merito	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1723 - 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 mantenimento Indicatori di monitoraggio della misura: verifica a campione corrispondenza dei dati tra le tariffe approvate e quelle presenti in IZILAB. (Num2. 2026:10,00)
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, autorizzate dal Capo dipartimento/direzione strategica vengono elencate in un foglio excel, e oggetto di approvazione con DDG. L'aggiornamento del tariffario viene pubblicato nel sito istituzionale	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**AREA DI
RISCHIO**
F - CONTROLLI

Processo		
F.04 - GESTIONE TARIFFE		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1723 - mancata/ritardata pubblicazione al fine di favorire determinati soggetti	Misura di trasparenza 1724 - 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028


AREA DI
RISCHIO

G - INCARICHI E NOMINE

Processo	G.01 - CONFERIMENTO INCARICHI A SOGGETTI ESTERNI		
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1764 - 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 1768 - 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 incaricati e rendere pubblici i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; Misura di mantenimento Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale di acquisizione delle dichiarazioni di cui all'art. 15 d.lgs. n. 33/2013: 100% (Perc. 2026:100,00%)	
	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1769 - 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 interesse 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. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**AREA DI
RISCHIO**
G - INCARICHI E NOMINE

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1728 - 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 1732 - 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: percentuale di verifiche effettuate sulla veridicità delle dichiarazioni rese sull'insussistenza di cause di inconferibilità (Perc. 2026: 100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
	RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1777 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1794 - 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. 2026:100,00%)	
	Misura di trasparenza 1795 - 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'elenco (Num2. 2026:1,00)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028



**AREA DI
RISCHIO**
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo	H.01 - ASSISTENZA, RAPPRESENTANZA E DIFESA IN GIUDIZIO COMPRESO RECUPERO CREDITO VANTATO DALL'ENTE		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1778 - gestione del contenzioso al fine di avvantaggiare alcune parti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1796 - 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. 2026:100,00%)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1779 - 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 1797 - 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. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI
RISCHIO


H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1780 - 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 1798 - 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. 2026:100,00%)	
Processo	H.19 - Gestione archivio		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	43 - Gestione richieste conferimento/consultazione documenti conservati in archivio		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile		1,37
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO


Processo		
H.19 - Gestione archivio		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1749 - smarrimento documenti	Misura di controllo 1749 - 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 ai fini della corretta gestione dell'archivio di deposito Indicatori di monitoraggio della misura: (Num2. 2026: 4,00)

SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	44 - Selezione e scarto della documentazione conservata presso l'archivio storico		
Fase	MONITORAGGIO		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile		0,84
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 ed elaborazione proposta elenco di scarto (a cura dell'archivista); - richiesta conferma della documentazione selezionata ai DSC; - elaborazione elenco di scarto; - Predisposizione provvedimento di autorizzazione allo scarto documenti conservati in archivio; - invio alla Soprintendenza di competenza della richiesta di autorizzazione allo scarto; - Ricevuto il nulla osta da parte della Soprintendenza, invio dei documenti al macero (a cura della SCS0). - invio dell'attestazione di avvenuta distruzione alla Soprintendenza competente		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1750 - elusione delle regole e delle procedure previste per le attività di scarto	Misura di controllo 1750 - controllo finalizzato a selezionare correttamente la documentazione che ha maturato i tempi minimi di scarto (Dirigente Sagat e archivista e dirigenti interessati)	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 2026:Si)

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**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		0,58
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	<p>Registrazione dei documenti nel sistema informatico di protocollo. La protocollazione dei documenti in entrata è di competenza dell'UO protocollo incardinato nel SAGAT. attività: registrazione documenti in entrata, smistamento, consegna del documento originale cartaceo alla struttura di competenza a mezzo posta interna, assistenza alle strutture</p> <p>La protocollazione dei documenti in uscita è di competenza di ciascuna struttura della sede centrale e delle sedi periferiche</p>		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1731 - omessa o errata protocollazione per favorire o svantaggiare determinati soggetti		Indicatori:	
1732 - 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 1735 - 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. Nel corso del 2023 si è proceduto all'installazione e avviamento del nuovo software di gestione documentale - modulo gestione protocollo - e nel corso del 2024 è stato completato il modello operativo misto che prevede la registrazione a protocollo dei documenti in entrata a cura dell'UO protocollo e la registrazione a protocollo dei documenti in uscita a cura delle strutture competenti. Al fine di garantire la corretta registrazione a protocollo della documentazione, la corretta classificazione e smistamento, anche ai fini di un'efficace ricerca della documentazione, anche nel corso dell'anno 2026 proseguirà da parte dell'UO Protocollo l'attività di supporto e assistenza alle strutture e il monitoraggio, a campione, delle registrazioni a protocollo in uscita. piano attuazione misura: monitoraggio a campione delle registrazioni in uscita effettuate dalle strutture competenti Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale monitoraggio registrazioni target 10% (Perc. 2026:10,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


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		2,40
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	<ul style="list-style-type: none"> - 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 dell'allegato tecnico; - 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 conflitto di interessi		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
	RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1733 - errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti al fine di favorire (o sfavorire) l'istante	<p>Misura di disciplina del conflitto di interessi 1736 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto di contributo alla ricerca.</p> <p>Misura di controllo 1737 - Duplice valutazione istruttoria (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) delle modifiche contrattuali (sostanziali) richieste dalla controparte</p>	<p>Responsabile della misura: Dirigente SS Affari generali anticorruzione e trasparenza</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: Misura di mantenimento</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale dichiarazioni assenza conflitti di interesse acquisite dai responsabili scientifici su totale contratti. Target: 100% (Perc. 2026:100,00%)</p>	
1734 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		<p>Responsabile della misura: Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: misura di mantenimento utilizzo dei format contrattuali predisposti dalla struttura verifiche istruttorie: rispetto delle clausole tipo presenti nei format contrattuali standard predisposti in caso di richiesta modifiche</p> <p>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. 2026:100,00%)</p>	
1735 - stipula/revisione convenzione/contratto con clausole difformi dal format contrattuali		<p>Indicatori:</p>	


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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)	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  2,70	
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	<ul style="list-style-type: none"> - acquisizione della documentazione da parte del dirigente responsabile IZSVe o di altra Pubblica Amministrazione interessata (INPUT); - verifiche istruttorie, conformità ai fini istituzionali - 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; - Condivisione / negoziazione dello schema di accordo con la Pubblica Amministrazione 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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1737 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1739 - 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 verifiche istruttorie presenza presupposti e condizioni tipiche di questa tipologia di accordi (art.7, comma 4 d.lgs. 36/2023; art. 15 legge 241/90, disposizioni anac) rispetto delle clausole tipiche di questa tipologia di accordi Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale delle bozze di accordi/convenzioni stipulati rispettando le clausole tipo. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)
1738 - definizione di accordo di collaborazione non conforme ai fini istituzionali ma finalizzato alla realizzazione di altri interessi		Indicatori:


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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)	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	<ul style="list-style-type: none"> - 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1739 - Inosservanza di regole procedurali a garanzia di trasparenza e imparzialità	Misura di trasparenza 1740 - 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. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


**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	<ul style="list-style-type: none"> - Ricezione richiesta di prestazione di servizi dalla controparte interessata o dal dirigente di struttura (INPUT); - Acquisizione e verifica dichiarazione assenza conflitto di interessi del Dirigente Sanitario referente; - Acquisizione quadro economico compilato dal Dirigente Sanitario referente; - verifica eventuali insoluti controparte; - Predisposizione dello schema di contratto sulla base dei format predisposti e condivisione e verifica con il dirigente 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1740 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	Misura di controllo 1741 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE	Responsabile della misura: Dirigente SS Affari Generali Anticorruzione e Trasparenza Obiettivo, piano e termine misura: misura di mantenimento duplice verifica con UO Legale, in fase di negoziazione con la controparte, delle clausole contrattuali per le quali la controparte richiede modifiche sostanziali rispetto ai format della struttura e verifiche su solvenza controparte (se già cliente dell'IZSVe) Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale dei contratti approvati rispettando le clausole tipo presenti nei format di struttura sul totale dei contratti sottoscritti. Target: 90% (Perc. 2026:90,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale verifica con il SEF solvenza del cliente (se già cliente IZSVe). target 100% (Perc. 2026:100,00%)	
1741 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1742 - 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 delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse acquisite sul totale dei contratti stipulati. Target 100% (Perc. 2026: 100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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
1742 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		Indicatori:

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  2,00	
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	<ul style="list-style-type: none"> - 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 dirigente richiedente e poi con la controparte; - 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 conflitto di interessi	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		


RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1744 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1744 - acquisizione 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 interesse da parte del responsabile scientifico proponente la convenzione con sconto a tariffario Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale delle dichiarazioni acquisite sulle convenzioni approvate. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)
1745 - stipula di contratto/ convenzione con clienti insolventi per procurare indebiti vantaggi	Misura di controllo 1745 - 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. 2026: 100,00%)
1746 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		Indicatori:
1747 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari		Indicatori:

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

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		1,46
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; aggiornamento dei dati ai fini della pubblicazione del registro degli accessi		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1751 - distorsione delle procedure di valutazione circa l'ammissibilità della richiesta di accesso al fine di favorire o sfavorire il soggetto richiedente	Misura di regolamentazione 1751 - monitoraggio termini procedurali e attuazione del Regolamento interno	Responsabile della misura: Responsabile SAGAT Obiettivo, piano e termine misura: Obiettivo misura: rispetto dei termini procedurali delle richieste di accesso documentale Indicatori di monitoraggio della misura: rispetto dei termini procedurali di accesso documentale (S/N 2026: Si)	
	Misura di trasparenza 1752 - Trasparenza: invio al RPCT dei dati relativi alle richieste di accesso documentale gestite dalla struttura ai fini implementazione/aggiornamento del registro degli accessi nella sezione Amministrazione trasparente	Responsabile della misura: Dirigente SS Affari generali Anticorruzione e Trasparenza 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. 2026:2,00)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028
**AREA DI
RISCHIO**
H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO


Processo	H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	39 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso civico generalizzato		
Fase	ESECUZIONE/GESTIONE		
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile		1,34
Struttura	SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Responsabile	Ferriani Giulia
Descrizione processo e relative fasi	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;		
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza monopolio delle conoscenze		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**


H - AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

Processo		
H.25 - GESTIONE RICHIESTE DIRITTO DI ACCESSO		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1752 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	Misura di controllo 1753 - Monitoraggio tempi procedurali 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	Responsabile della misura: Dirigente SAGAT 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. 2026:100,00%)
	Misura di trasparenza 1754 - 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 Obiettivo, piano e termine misura: misura di mantenimento Indicatori di monitoraggio della misura: invio al RPCT dei dati relativi alle richieste di accesso di competenza della struttura ai fini dell'inserimento nel registro degli accessi. target 100% (Perc. 2026:100,00%)

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	programmazione e gestione contratti assicurativi, gestione e analisi dei sinistri rapporti con il broker nella gestione dei contratti e dei sinistri Verifica e liquidazione premi assicurativi e premi di regolazione entro le scadenze contrattuali previste	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza / inadeguatezza di controlli mancanza di trasparenza mancata programmazione mancata informatizzazione	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1753 - Ritardata/mancata effettuazione degli adempimenti necessari per una corretta e adeguata gestione dei sinistri e per il pagamento dei premi per favorire/sfavore determinati soggetti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1755 - 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1704 - Irregolarità in fase di elaborazione dei dati, di analisi dei dati, di valutazione dei dati	Misura di controllo 1703 - 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 trend anomali in Qlik Indicatori di monitoraggio della misura: n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzia la rendicontazione circa il monitoraggio stampe bis e gli scostamenti non motivati (Num2. 2026:1,00)	
1705 - 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 1704 - 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. 2026:0,00)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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)	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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1696 - abuso per favorire soggetti particolari al fine di perseguire interessi privati con scambio di campioni in laboratorio/alterazioni campioni	Misura di controllo 1693 - 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: Misura di mantenimento 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). 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. 2026:0,00)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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
1697 - 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 1694 - 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 su tematiche di interesse ai fini anticorruzione Indicatori di monitoraggio della misura: erogazione incontro formativo (S/N 2026:Si)
	Misura di rotazione 1695 - 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. 2026:1,00)
1698 - abuso per favorire determinati soggetti tramite erogazione gratuita di analisi di secondo livello (analisi derivate) non ricomprese nel pacchetto diagnostico	Misura di controllo 1696 - 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. 2026:1,00)

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
Storico cause degli eventi rischiosi	monopolio delle competenze monopolio delle conoscenze eccessiva discrezionalità conflitto di interessi	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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

RISCHIO

MISURA DI PREVENZIONE

ALTRI DATI

1796 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue


Misura di controllo

1810 - 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. 2026:1,00)

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1699 - vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	Misura di controllo 1697 - 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. 2026:0,00)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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
1700 - 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 1698 - 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 su tematiche di interesse ai fini anticorruzione Indicatori di monitoraggio della misura: erogazione incontro formativo (S/N 2026:Si)
	Misura di rotazione 1699 - 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 Indicatori di monitoraggio della misura: n. 1 riesame della direzione di struttura (Num2. 2026:1,00)
1701 - abuso per favorire soggetti particolari; ritorno economico; conflitto di interessi	Misura di controllo 1700 - 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. 2026:1,00)


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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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
1791 - Vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (ad es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	Misura di controllo 1806 - 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 trend anomali in Qlik Indicatori di monitoraggio della misura: n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzia la rendicontazione circa il monitoraggio stampe bis e gli scostamenti non motivati (Num2. 2026:1,00)



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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1792 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue (es. favorire un soggetto particolare per l'attività di consulenza/ sopralluogo)	Misura di controllo 1807 - 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. 2026:1,00)


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1702 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	Misura di regolamentazione 1701 - 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 2026: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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			


Piano anticorruzione 2026 - 2028


AREA DI RISCHIO M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE


Processo	M.01 - PROGETTI DI RICERCA FINANZIATI DA FONDI PUBBLICI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1703 - distrazione fondi/trarre vantaggio personale durante la gestione del progetto attraverso risultati scientifici inventati/alterati; attività non corrispondenti al progetto	Misura di formazione 1702 - 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 Indicatori di monitoraggio della misura: n. 1 incontro formativo (Num2. 2026:1,00)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1793 - alterazione volontaria degli esiti per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico; mancata imparzialità	Misura di controllo 1808 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (rimissioni 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 rimissioni dei rapporti di prova non motivate con analisi scostamenti dei trend anomali in Qlik Indicatori di monitoraggio della misura: n. 1 riesame della direzione di struttura che evidenzia la rendicontazione circa il monitoraggio stampe bis e gli scostamenti non motivati (Num2. 2026:1,00)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI
RISCHIOM - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE
TECNOLOGIE


Processo	M.02 - PARTECIPAZIONE A PROGETTI DI RICERCA FINANZIARI DA FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE		
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1794 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1809 - 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. 2026:1,00)	
1795 - Alterazione volontaria degli esiti per favorire / sfavorire un soggetto o per un ritorno economico		Indicatori:	

Piano anticorruzione 2026 - 2028		
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1818 - Conflitto di interessi	Misura di regolamentazione 1828 - 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028			
AREA DI RISCHIO	M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE TECNOLOGIE		
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	<p>Processo descritto dal Regolamento per la sponsorizzazione di eventi formativi approvato con DDG 605/2017</p> <p>Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>mancanza / inadeguatezza di controlli</p> <p>mancanza di trasparenza</p> <p>mancata programmazione</p> <p>conflitto di interessi</p>		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1799 - individuazione di partner/ sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire il partner/sponsor stesso	<p>Misura di rotazione</p> <p>1813 - Rotazione dei componenti della Commissione valutatrice</p>	<p>Responsabile della misura: Direttore della Struttura di afferenza del Laboratorio Formazione e sviluppo delle professioni</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: Riduzione delle inferenze dei componenti della Commissione valutatrice sponsor Piano: misura esistente Termine: 31/12</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Verbale di insediamento della Commissione=1 (S/N 2026:Si)</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale rotazione dei componenti attuata sul totale delle commissioni nominate (Perc. 2026:100,00%)</p>	
1800 - individuazione dei componenti commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	<p>Misura di disciplina del conflitto di interessi</p> <p>1814 - acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti della commissione giudicatrice all'uopo nominati/ del Dirigente del Laboratorio formazione</p>	<p>Responsabile della misura: Dirigente Responsabile Laboratorio Formazione</p> <p>Obiettivo, piano e termine misura: Garantire l'imparzialità della procedura misura di mantenimento</p> <p>Indicatori di monitoraggio della misura: Acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti la commissione giudicatrice/Direttore Laboratorio Formazione sul totale delle procedure di sponsorizzazione avviate. Target 100% (Perc. 2026: 100,00%)</p>	

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
**M - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE
TECNOLOGIE**

Processo		M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1801 - violazione di regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di favorire determinati soggetti	Misura di trasparenza 1815 - 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. 2026:100,00%)	
1802 - 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 1816 - 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. 2026:100,00%)	
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 Accredimento 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI
RISCHIOM - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE
TECNOLOGIE

Processo

M.05 - SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI

RISCHIO

MISURA DI PREVENZIONE

ALTRI DATI

1797 - mancato rispetto delle clausole contrattuali e delle regole poste dall' Accordo Stato Regioni al fine di procurare indebiti vantaggi

Misura di controllo
1811 - 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 2026:Si)

Indicatori di monitoraggio della misura: verifica corretta attuazione delle clausole contrattuali. Target 100% (S/N 2026:Si)

1798 - assenza di controlli per garantire che la formazione sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali


Misura di trasparenza
1812 - 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. 2026:100,00%)


Piano anticorruzione 2026 - 2028
**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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI
RISCHIOM - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE
TECNOLOGIE

Processo	M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1783 - Errata compilazione della documentazione o mancata predisposizione documentazione importante con rischio di potenziale perdita del finanziamento con mancato introito da parte dell'ente		Indicatori:
1784 - Mancata o irregolare verifica istruttoria - valutazione dei requisiti errata con rischio di non assegnazione fondi	Misura di formazione 1801 - 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 2026:Si)
	Misura di controllo 1802 - 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. 2026:100,00%)
1785 - Mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento		Indicatori:

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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

Piano anticorruzione 2026 - 2028

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
1786 - Individuazione di partner / sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire partner e/o sponsor stesso	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1803 - 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 IZSV è capofila e/o coordinatore) misura di mantenimento Indicatori di monitoraggio della misura: Percentuale dichiarazioni acquisite su totale progetti di ricerca ove IZSV è capofila o coordinatore. target 100% (Perc. 2026: 100,00%)
1787 - Presentazione di un progetto di ricerca non originale; impostazione metodologica del progetto non corretta	Misura di controllo 1804 - 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. 2026:100,00%)


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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1781 - 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 1799 - 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. 2026:100,00%)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

AREA DI
RISCHIOM - RICERCA SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI E ALTRE
TECNOLOGIE


Processo		
M.06 - GESTIONE AMMINISTRATIVA A PROGETTI DI RICERCA		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1782 - mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento	Misura di informatizzazione dei processi 1800 - 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. 2026:100,00%)

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
Misure di mitigazione	
Sintesi della valutazione	

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1788 - 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:
1789 - errata comunicazione dei dati e imputazione errata delle somme a bilancio		Indicatori:
1790 - 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 1805 - 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 2026:Si)


Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1695 - 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 1691 - 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. 2026:3,00)	
	Misura di controllo 1692 - 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. 2026:3,00)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1810 - Conflitto interessi richiedente	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1822 - 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. 2026:30,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: n. dichiarazioni acquisite/n. resp. Scientifico=1 (Perc. 2026:100,00%)	
1811 - 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 1823 - 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. 2026:3,00)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


AREA DI
RISCHIO

N - AREE ULTERIORI

Processo			
N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
1812 - Richiesta di attivazione evento formativo non programmata e in ritardo rispetto all'iter previsto con conseguente frammentazione delle procedure, ritardi, dispersione delle richieste nonché 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 1824 - 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. 2026:3,00)
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE		ALTRI DATI
1808 - 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 1820 - 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. 2026:3,00)

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
N - AREE ULTERIORI


Processo		N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE	
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1809 - 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 1821 - 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: 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 delle attività= almeno 3/anno Target=3 (Num2. 2026:3,00) Indicatori di monitoraggio della misura: n. corsi/n. report conclusivo=1 Target= 100% (Perc. 2026:100,00%)	
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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1806 - 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 1819 - 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. 2026 :3,00) Indicatori di monitoraggio della misura: n. corsi/n. report conclusivo=1 Target=100% (Perc. 2026:100,00%)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028**AREA DI
RISCHIO****N - AREE ULTERIORI**

Processo		
N.04 - GESTIONE DELLO SVILUPPO ED EROGAZIONE ATTIVITA` FORMATIVE		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1807 - omessi o incompleti controlli durante l'espletamento dell'evento formativo per favorire la pubblicità di prodotti e aziende con interessi commerciali		Indicatori:


Piano anticorruzione 2026 - 2028

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		1,58
Struttura	SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI	Responsabile	Manca Grazia
Descrizione processo e relative fasi	<p>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).</p> <p>Attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 dall'Albo) - 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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI	
1803 - violazione di regole poste a tutela della trasparenza della procedura	Misura di trasparenza 1817 - misura di trasparenza per rendere maggiormente fruibili le informazioni	Indicatori di monitoraggio della misura: pubblicazione nel sito dell'IZSVe 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'Ente. (Num2. 2026:1,00)	
1804 - Distorsione delle procedure per l'acquisizione di servizi formativi volta a procurare indebiti vantaggi ad alcuni operatori economici		Indicatori:	
1805 - 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 1818 - 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. 2026:30,00%) Indicatori di monitoraggio della misura: n. dichiarazioni acquisite/n. resp. Scientifico=1. Target 100% (Perc. 2026: 100,00%)	



Piano anticorruzione 2026 - 2028

**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		
Misure di mitigazione			
Sintesi della valutazione			
	RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1724 - possibile indirizzamento delle scelte per favorire specifici fornitori	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1725 - 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. 2026:80,00%)	
	Misura di trasparenza 1726 - 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. 2026:90,00%)	
	Misura di sensibilizzazione e partecipazione 1727 - 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 2026:Si)	

Piano anticorruzione 2026 - 2028


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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1725 - condizionamento/ inadempimento nella verifica degli obblighi contrattuali	Misura di controllo 1728 - 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. 2026:90,00%)
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	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		

Piano anticorruzione 2026 - 2028

**AREA DI
RISCHIO**
N - AREE ULTERIORI

Processo		
N.09 - GESTIONE SERVIZI INFORMATICI		
RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1726 - attribuzione di accessi/permessi anche in assenza di autorizzazione o mancanza di rimozione di tali permessi	Misura di controllo 1729 - 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: (Perc. 2026: 10,00%)
	Misura di controllo 1730 - 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 Indicatori di monitoraggio della misura: percentuale delle verifiche sulle nuove nomine ad Amministratore di sistema per utenti con privilegi elevati. Target 100% (Perc. 2026:100,00%)

Processo		
N.10 - GESTIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA		
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	01 - Verifica intermedia della pubblicazione su "Amministrazione trasparente"	
Fase	MONITORAGGIO	
Valutazione Rischio	Basso / trascurabile 	0,67
Struttura	GSQA - U.O. GESTIONE SISTEMI QUALITA' E ACCREDITAMENTO	Responsabile Carnieletto Paola
Descrizione processo e relative fasi	Verifica trimestrale della pubblicazione su "Amministrazione trasparente", dei documenti in carico alle singole strutture	
Storico cause degli eventi rischiosi	mancanza di trasparenza	
Misure di mitigazione		
Sintesi della valutazione		

RISCHIO	MISURA DI PREVENZIONE	ALTRI DATI
1679 - MISURA DI TRASPARENZA PER RENDERE MAGGIORNAMENTE FRUIBILI LE INFORMAZIONI	Misura di trasparenza 1666 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 E L. 190/12	Indicatori di monitoraggio della misura: Pubblicazione n. 2 volte l'anno del registro degli accessi dell'Istituto in qualità di RPCT (Num2. 2026:2,00) Indicatori di monitoraggio della misura: Verifica trimestrale a campione, sui dati pubblicati dalle singole strutture su "Amministrazione trasparente" (Num2. 2026: 4,00)

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1716 - definizione di una fabbisogno di personale non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità ma alla volontà di premiare interessi particolari	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1716 - Aggiornamento dei documenti di programmazione di acquisizione del personale (piano assunzioni, dotazione organica e posti vacanti)	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1717 - Alterazione di procedure di scelta e gestione scorretta degli istituti previsti al fine di favorire un candidato	Misura di controllo	1717 - 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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1718 - alterazione o utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione al fine di favorire /sfavorire determinati soggetti	Misura di controllo	1718 - 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
03 - valutazione dei candidati: valutazione delle prove Fase ACQPERS. 4.VALUTAZIONE <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1719 - 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 disciplina del conflitto di interessi	1719 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE COMPONENTI COMMISSIONE
04 - Approvazione degli atti della Commissione e approvazione della graduatoria Fase ACQPERS. 5.VERIFICA E STIPULA CONTRATTO <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1720 - Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione al fine di favorire determinati soggetti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi	1720 - STANDARDIZZAZIONE DEL PROCESSO: predeterminazione dei criteri di valutazione da parte della commissione prima dello svolgimento delle prove dandone atto nei verbali
		Misura di trasparenza	1721 - 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 2026 - 2028

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	1759 - 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 1761 - Pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente di tutti gli incarichi comunicati Misura di controllo 1762 - 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 1763 - 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 2026 - 2028

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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1756 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/sfavorire determinati soggetti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1758 - 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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1757 - impropria gestione dei fondi contrattuali volta a favorire/sfavorire determinati soggetti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1759 - Monitoraggio periodico delle spese sui fondi contrattuali; Controllo della corretta registrazione da parte di GPI prima della messa in pagamento di liquidazioni particolari sui fondi; Determina di liquidazione dei saldi dei fondi.	
08 - Stipula di accordi con le organizzazioni sindacali in merito all'utilizzo delle risorse destinate alla contrattazione integrativa Fase ACQPERS. 6.GESTIONE DEL RAPPORTO <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1758 - non corretta applicazione in sede di contrattazione integrativa di norme contrattuali e/o legislative al fine di agevolare determinati soggetti	Misura di trasparenza 1760 - 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 2026 - 2028

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	1727 - Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1731 - 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	1760 - 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 1764 - 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.09 - RILEVAZIONE DELLA PRESENZA IN SERVIZIO DEL PERSONALE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	Rischio corruttivo effettivo	Misura	
35 - Regularizzazione rilevazione attraverso presentazione di giustificativo Fase ACQPERS. 8.ESECUZIONE/ GESTIONE SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE	1762 - Ritardo o omissione nella rilevazione delle presenze al fine di alterare la presenza in servizio	Misura di controllo 1766 - 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	

Tabella delle misure 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO	A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Processo	A.10 - GESTIONE DEL LAVORO AGILE
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE) 54 - Monitoraggio lavoro agile Fase ACQPERS. 6.GESTIONE DEL RAPPORTO <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	Rischio corruttivo effettivo 1754 - mancati o incompleti controlli al fine di riconoscere benefici e vantaggi impropri ai dipendenti	Misura Misura di controllo 1756 - Intensificazione dei controlli - Verifiche a campione sul corretto utilizzo di istituti contrattuali	
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 CONTRATTI. 4.VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	Rischio corruttivo effettivo 1766 - mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione alla convenzione, allo scopo di rendere necessarie acquisizioni di urgenza autonome e frazionare artificiosamente il bisogno	Misura Misura di controllo 1771 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: verifiche trimestrali contratti in scadenza Misura di regolamentazione 1772 - Approvazione programmazione annuale nei termini di legge	
19 - Varianti in corso di esecuzione Fase CONTRATTI. 5.ESECUZIONE DEL CONTRATTO <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	1767 - 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 1773 - FORMAZIONE SPECIALISTICA SU TEMATICHE DI COMPETENZA DELLA STRUTTURA Misura di trasparenza 1774 - 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 <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	1768 - mancata o insufficiente verifica regolare esecuzione	Misura di controllo 1775 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: controlli sulle dichiarazioni di verifica di conformità del DEC	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1776 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	Misura di trasparenza 1793 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 E L. 190/12: pubblicazione atti di programmazione	
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	1769 - Induzione ad indicare bisogni e/o requisiti minimi e/o criteri di valutazione alterati per favorire operatori specifici 1770 - elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1777 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del progettista Misura di rotazione 1778 - Rotazione degli operatori economici affidatari di forniture e servizi	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	1771 - Ammissione concorrenti non in possesso dei requisiti richiesti	Misura di trasparenza 1781 - 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 <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	1772 - alterazione della valutazione qualitativa da parte della commissione giudicatrice/esperto tecnico per favorire determinati soggetti	Misura di trasparenza 1782 - 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 1783 - 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 <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	1773 - Mancata o incompleta verifica dei requisiti ex art. 80	Misura di trasparenza 1785 - Pubblicazione provvedimento di aggiudicazione	
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 <i>SCA2 - ACQUISTI E LOGISTICA</i>	1774 - 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 1787 - Acquisizione delle dichiarazioni assenza conflitto di interesse del Direttore dell'Esecuzione del Contratto. Misura di controllo 1788 - intensificazione controlli a campione su attività del DEC contratti servizi sopra soglia Misura di trasparenza 1789 - Pubblicazione dei provvedimenti relativi alla fase di esecuzione	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1775 - utilizzo fraudolento della Fuel Card finalizzato a procurare indebiti vantaggi	Misura di controllo 1790 - 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	1721 - utilizzo di giustificativi fasli/fittizi per ottenere rimborsi spese per cassa non dovuti e quindi indebiti vantaggi		
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	1681 - Programmazione incompleta o non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità ma alla volontà di premiare interessi privati	Misura di controllo 1668 - 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 1669 - utilizzo di una cartella condivisa per il monitoraggio delle scadenze contrattuali Misura di trasparenza 1670 - Misura di trasparenza - pubblicazione annuale del programma triennale dei lavori e dell'elenco annuale dei lavori.	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1682 - 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 1671 - ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE PROCEDURE PNRR - PNC	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1672 - acquisizione della dichiarazione assenza conflitti di interesse del progettista	
	1683 - Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1673 - ACQUISIZIONE DICHIARAZIONI ASSENZA CONFLITTI DI INTERESSE PROCEDURE PNRR - PNC	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1674 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse del RUP	
	1684 - mancata alternanza nel ruolo di progettista	Misura di rotazione 1675 - Rotazione nella nomina del progettista	
	1685 - 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 1676 - Duplice valutazione e condivisione dei documenti progettuali da parte di più soggetti con ruoli differenti	
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	1686 - mancanza di trasparenza nelle informazioni afferenti la procedura di gara al fine di favorire determinati operatori economici	Misura di trasparenza 1677 - pubblicazione nel sito committente dell'Istituto di tutta la documentazione di gara	
	1687 - mancata applicazione dei principi di concorrenzialità e rotazione, in assenza di giustificate motivazioni	Misura di rotazione 1678 - Rotazione degli operatori economici affidatari di lavori e servizi	
03 - Gestione delle operazioni di valutazione delle offerte Fase CONTRATTI. 3.SELEZIONE DEL CONTRAENTE SCST - SERVIZIO TECNICO	1688 - 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 1679 - VERIFICA DEL POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSI NELLA BANCA DATI "CONFLITTO DI INTERESSI"	
		Misura di disciplina del conflitto di interessi 1680 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti interesse per ciascun componente commissione giudicatrice	
		Misura di trasparenza 1681 - Trasparenza . pubblicazione curricula dei componenti commissione giudicatrice in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO SCST - SERVIZIO TECNICO	1689 - alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	Misura di controllo 1682 - check list sui controlli effettuati sul possesso dei requisiti prescritti per legge dell'operatore economico aggiudicatario	
	1690 - 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 1683 - 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 1684 - Misura di trasparenza - pubblicazione nel profilo committente del provvedimento di affidamento / aggiudicazione dell'appalto	
	1691 - 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 1685 - 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	
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	1692 - 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 1686 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse del collaudatore/componenti commissione di collaudo Misura di trasparenza 1687 - Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo.	
	1693 - 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 1688 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione -acquisizione dal DEC delle note/ relazioni periodiche su svolgimento del contratto Misura di trasparenza 1689 - 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	1694 - effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi al fine di procurare indebiti vantaggi	Misura di trasparenza 1690 - Pubblicazione Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1755 - Illegittimo rilascio di autorizzazioni	Misura di regolamentazione 1757 - Attuazione della procedura prevista per l'attivazione del Tirocinio e condivisione dei documenti con i Direttori di Struttura	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1680 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	Misura di controllo 1667 - 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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1715 - gestione non idonea degli adempimenti in materia di privacy	Misura di controllo 1715 - 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 2026 - 2028

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	1763 - 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 1767 - 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	1706 - 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 1705 - 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	1707 - non corretta rappresentazione della programmazione economica delle attività dell'ente	Misura di controllo 1706 - Verifiche sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO</i>	1708 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	Misura di controllo 1707 - 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 <i>SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO</i>	1709 - Omissione totale/parziale della fatturazione al fine di favorire un cliente	Misura di controllo 1708 - sistema di controlli interni: controllo di regolarità contabile . intensificazione controlli su fatture emesse	
109 - Gestione del credito Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE <i>SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO</i>	1710 - errato stralcio dei crediti per il quali non è stata correttamente seguita la procedura di recupero	Misura di controllo 1709 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - controllo Collegio dei revisori Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1710 - attuazione del Regolamento interno - invio sollecito per importi >= € 100 e azione legale per importi >= a € 500	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1711 - mancato rispetto dei tempi massimi di pagamento	Misura di controllo 1711 - Verifica e controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	
111 - Pagamento stipendi. Registrazione, liquidazione e pagamento degli stipendi Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	1712 - errore nell'identificazione del dipendente al quale effettuare il controllo di equitalia da parte della GPI (outsourcing)	Misura di trasparenza 1712 - 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 delle carte di credito Fase ENTPAT. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE SCA3 - SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	1713 - irregolare utilizzo della carta di credito	Misura di controllo 1713 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE: carte di credito	
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	1714 - non corretta rappresentazione della situazione economico patrimoniale delle attività dell'ente	Misura di controllo 1714 - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI: CONTROLLO DI REGOLARITÀ CONTABILE - Controllo periodico a campione dei beni assegnati alle strutture	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1729 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	Misura di controllo 1733 - 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	1730 - Liquidare/incasso di somme non dovute o non corrette	Misura di controllo 1734 - 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 2026 - 2028

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 <i>COGE - CONTROLLO DI GESTIONE</i>	1813 - Omessi o incompleti controlli per procurare indebiti vantaggi/agevolare determinati soggetti 1814 - accordi collusivi volti a predisporre obiettivi automaticamente raggiungibili e procurare indebiti vantaggi		
	1815 - 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 1825 - 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 <i>COGE - CONTROLLO DI GESTIONE</i>	1816 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi finalizzati procurare indebiti vantaggi	Misura di controllo 1826 - 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 <i>COGE - CONTROLLO DI GESTIONE</i>	1817 - insufficiente o incompleta verifica dell'effettivo stato avanzamento obiettivi	Misura di controllo 1827 - verifiche quadrimestrali sulla completezza delle informazioni in monitoraggio caricate e gestione eventuali rinegoziazione	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>COGE - CONTROLLO DI GESTIONE</i>	1722 - Omissione dei controlli di merito	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1723 - 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 <i>COGE - CONTROLLO DI GESTIONE</i>	1723 - mancata/ritardata pubblicazione al fine di favorire determinati soggetti	Misura di trasparenza 1724 - 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	
110 - Selezione dei candidati e stipula contratto Fase INCNOM. 3.SELEZIONE CANDIDATI <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1764 - 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 1768 - 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 1769 - Acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto d'interesse/incompatibilità	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1728 - 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 1732 - 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 <i>SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI</i>	1777 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1794 - acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interesse da parte del legale interno e/o esterno Misura di trasparenza 1795 - 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 <i>SGALC - GESTIONE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSI</i>	1778 - gestione del contenzioso al fine di avvantaggiare alcune parti	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1796 - standardizzazione del processo: compilazione di una check list procedurale	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1779 - 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 1797 - 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	1780 - 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 1798 - CODICE DI COMPORTAMENTO: OBBLIGO DI ASTENSIONE - ART.7 DPR 62/13 COMUNICAZIONE ASTENSIONE PER PRESENZA CONFLITTI DI INTERESSE	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	1749 - smarrimento documenti	Misura di controllo 1749 - 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 <i>SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	1750 - elusione delle regole e delle procedure previste per le attività di scarto	Misura di controllo 1750 - controllo finalizzato a selezionare correttamente la documentazione che ha maturato i tempi minimi di scarto (Dirigente Sagat e archivistica e dirigenti interessati)	
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 <i>SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	1731 - omessa o errata protocollazione per favorire o svantaggiare determinati soggetti 1732 - 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 1735 - Informatizzazione processi: decentralizzazione del protocollo in uscita	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1733 - errata valutazione sulla presenza o meno dei presupposti al fine di favorire (o sfavorire) l'istante	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1736 - Acquisizione della dichiarazione di assenza di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto di contributo alla ricerca.	
	1734 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali	Misura di controllo 1737 - Duplice valutazione istruttoria (del dirigente SAGAT e dell'UO Legale) delle modifiche contrattuali (sostanziali) richieste dalla controparte	
	1735 - stipula/revisione convenzione/contratto con clausole difformi dal format contrattuali		

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1737 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali 1738 - definizione di accordo di collaborazione non conforme ai fini istituzionali ma finalizzato alla realizzazione di altri interessi	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1739 - rispetto delle clausole tipo contenute nei format in uso presso la struttura per la stipula di accordi di collaborazione/convenzioni	
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	1739 - Inosservanza di regole procedurali a garanzia di trasparenza e imparzialità	Misura di trasparenza 1740 - Pubblicazione elenco provvedimenti relativi agli accordi stipulati nella sezione Amministrazione Trasparente	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1740 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	Misura di controllo 1741 - INTENSIFICAZIONE DEI CONTROLLI SU PROCEDIMENTI, ATTI, DOCUMENTAZIONE	
	1741 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1742 - Acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente il contratto per prestazioni cd. "semplici" o "complesse".	
	1742 - Richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		
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	1744 - individuazione di responsabile scientifico in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1744 - acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico proponente la convenzione con sconto a tariffario	
	1745 - stipula di contratto/convenzione con clienti insolventi per procurare indebiti vantaggi	Misura di controllo 1745 - intensificazione controlli: acquisizione dalla SCA3 SEF della verifica regolare posizione contabile del cliente richiedente la stipula della convenzione per prestazioni a tariffario	
	1746 - richiesta erogazione prestazioni non coerenti con fini e interessi istituzionali		
	1747 - definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari		

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	1751 - distorsione delle procedure di valutazione circa l'ammissibilità della richiesta di accesso al fine di favorire o sfavorire il soggetto richiedente	Misura di regolamentazione 1751 - monitoraggio termini procedurali e attuazione del Regolamento interno Misura di trasparenza 1752 - Trasparenza: invio al RPCT dei dati relativi alle richieste di accesso documentale gestite dalla struttura ai fini implementazione/aggiornamento del registro degli accessi nella sezione Amministrazione trasparente	
39 - Gestione richieste di accesso agli atti - Accesso civico generalizzato Fase AFFLEG. 7.ESECUZIONE/ GESTIONE <i>SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	1752 - distorsione delle procedure interne e dei relativi processi valutativi volti a procurare indebiti vantaggi diretti o indiretti	Misura di controllo 1753 - Monitoraggio tempi procedurali 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 1754 - 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 in qualità di RPCT	
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 <i>SAGAT - SERVIZIO AFFARI GENERALI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	1753 - 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 1755 - 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	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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	1696 - abuso per favorire soggetti particolari al fine di perseguire interessi privati con scambio di campioni in laboratorio/alterazioni campioni 1697 - 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 controllo 1693 - misura di controllo circa l'attuazione della separazione tra attività controllo ufficiale e attività per prestazioni richieste da privati Misura di formazione 1694 - formazione del personale sulla gestione del risk management Misura di rotazione 1695 - Misura alternativa alla rotazione	
	1698 - abuso per favorire determinati soggetti tramite erogazione gratuita di analisi di secondo livello (analisi derivate) non ricomprese nel pacchetto diagnostico	Misura di controllo 1696 - 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	1704 - Irregolarità in fase di elaborazione dei dati, di analisi dei dati, di valutazione dei dati 1705 - 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 1703 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (rimissioni dei rapporti di prova) non motivate Misura di controllo 1704 - 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	
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	1796 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue	Misura di controllo 1810 - intensificazione controlli - rendicontazione in sede di riesame di direzione del monitoraggio delle missioni	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1699 - vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi) 1700 - 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 1701 - abuso per favorire soggetti particolari; ritorno economico; conflitto di interessi	Misura di controllo 1697 - misura di controllo circa l'attuazione della separazione tra attività controllo ufficiale e attività per prestazioni richieste da privati Misura di formazione 1698 - formazione del personale sulla gestione del risk management Misura di rotazione 1699 - misure alternative alla rotazione	Misura di controllo 1700 - 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 <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1791 - Vantaggio economico privato a vantaggio personale, danno erariale (ad es. nascondo gli esiti, fatturo meno analisi)	Misura di controllo 1806 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (rimissioni dei rapporti di prova) non motivate	
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 <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1792 - nomina/mancata nomina per valutazioni non congrue (es. favorire un soggetto particolare per l'attività di consulenza/sopralluogo)	Misura di controllo 1807 - intensificazione controlli - rendicontazione in sede di riesame struttura del monitoraggio delle missioni	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1702 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi	Misura di regolamentazione 1701 - 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 <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1703 - distrazione fondi/trarre vantaggio personale durante la gestione del progetto attraverso risultati scientifici inventati/alterati; attività non corrispondenti al progetto	Misura di formazione 1702 - Incontro formativo rivolto agli stakeholder interni ed esterni nel quale vengono presentati i risultati dei progetti di ricerca conclusi	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1793 - alterazione volontaria degli esiti per favorire/sfavorire un soggetto o per un ritorno economico; mancata imparzialità	Misura di controllo 1808 - misura di controllo tramite monitoraggio delle stampe bis (rimissioni dei rapporti di prova) non motivate	
155 - ATTIVITA' DI RICERCA FINANZIATA CON FONDI PRIVATI PER FINALITA' PRIVATE - RENDICONTAZIONE SCIENTIFICA FINALE Fase RICSPON. 7.RENDICONTAZIONE <i>0016 - Strutture Area Sanitaria sede e sezioni territoriali</i>	1794 - stesura viziata del progetto al fine di procura indebiti vantaggi 1795 - Alterazione volontaria degli esiti per favorire / sfavorire un soggetto o per un ritorno economico	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1809 - presentazione alla Direzione, in sede di riesame di struttura, della rendicontazione dell'attività di ricerca commissionata da terzi	
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 <i>SCA1 - GESTIONE RISORSE UMANE E BENESSERE DEL PERSONALE</i>	1818 - Conflitto di interessi	Misura di regolamentazione 1828 - Attuazione delle linee guida per la gestione dell'invito di formazione individuale sponsorizzata e di docenza sponsorizzata	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1797 - mancato rispetto delle clausole contrattuali e delle regole poste dall' Accordo Stato Regioni al fine di procurare indebiti vantaggi 1798 - assenza di controlli per garantire che la formazione sia esente da influenze di chi ha interessi commerciali	Misura di controllo 1811 - intensificazione dei controlli su procedimenti, atti e documentazione - verifica dell'osservanza delle disposizioni contrattuali e analisi gradimenti discendenti Misura di trasparenza 1812 - 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 <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1799 - individuazione di partner/sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire il partner/sponsor stesso 1800 - individuazione dei componenti commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza 1801 - violazione di regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di favorire determinati soggetti 1802 - iter processo di sponsorizzazione non attuato in tempo utile per l'accredimento ECM con conseguente mancato accreditamento ECM e sospensione dell'erogazione dell'evento formativo	Misura di rotazione 1813 - Rotazione dei componenti della Commissione valutatrice Misura di disciplina del conflitto di interessi 1814 - acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitti di interesse da parte dei componenti della commissione giudicatrice all'uopo nominati/ del Dirigente del Laboratorio formazione Misura di trasparenza 1815 - Misura di Trasparenza: pubblicazione dell'avviso di sponsorizzazione e delle risultanze della procedura selettiva Misura di controllo 1816 - Monitoraggio avanzamento processo attraverso il Documento Organizzativo - sezione 2 principali step di avanzamento SCS7_Mod_027_rev00_Principali_Step_avanzamento	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</i>	1781 - 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 1799 - Intensificazione dei controlli su procedimenti, atti, documentazione - monitoraggio continuo dei budget di progetto	
	1782 - mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento	Misura di informatizzazione dei processi 1800 - 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 <i>RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</i>	1783 - Errata compilazione della documentazione o mancata predisposizione documentazione importante con rischio di potenziale perdita del finanziamento con mancato introito da parte dell'ente		
	1784 - Mancata o irregolare verifica istruttoria - valutazione dei requisiti errata con rischio di non assegnazione fondi	Misura di formazione 1801 - Formazione specialistica su tematiche di competenza della struttura laddove il personale non è adeguatamente preparato o le regole di gestione risultano nuove/cambiate	
	1785 - Mancato/ritardato invio con conseguente scadenza dei termini e perdita finanziamento	Misura di controllo 1802 - Duplice valutazione istruttoria del dirigente e del funzionario preposto (firma congiunta, dirigente e funzionario)	
148 - Predisposizione del progetto di ricerca da parte del responsabile scientifico Fase RICSPON. 1.PROGETTAZIONE <i>RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</i>	1786 - Individuazione di partner /sponsor esterni non oggettiva, al fine di favorire partner e/o sponsor stesso	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1803 - acquisizione della dichiarazione di assenza conflitti di interesse da parte del responsabile scientifico	
	1787 - Presentazione di un progetto di ricerca non originale; impostazione metodologica del progetto non corretta	Misura di controllo 1804 - Attività di referaggio da parte di personale esterno non coinvolto nel progetto di ricerca.	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>RCI - U.O. RICERCA E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</i>	1788 - 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 1789 - errata comunicazione dei dati e imputazione errata delle somme a bilancio 1790 - 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 1805 - 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 <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1695 - 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 1691 - Riesame periodico delle indicazioni, in termini di esigenze formative, provenienti dalle diverse fonti Misura di controllo 1692 - Riesami periodici

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1803 - violazione di regole poste a tutela della trasparenza della procedura	Misura di trasparenza 1817 - misura di trasparenza per rendere maggiormente fruibili le informazioni	
	1804 - Distorsione delle procedure per l'acquisizione di servizi formativi volta a procurare indebiti vantaggi ad alcuni operatori economici		
189 - Gestione dell'aula (anche virtuale) e monitoraggio del regolare svolgimento Fase ULTERIORI. 4.EROGAZIONE/ REALIZZAZIONE <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1805 - 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 1818 - 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	
	1806 - 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 1819 - 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.	
191 - Predisposizione materiale amministrativo e didattico relativo all'iniziativa formativa. Gestione accreditamento ECM; gestione discenti; gestione docenti Fase ULTERIORI. 3.ESECUZIONE/ GESTIONE <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1807 - omessi o incompleti controlli durante l'espletamento dell'evento formativo per favorire la pubblicità di prodotti e aziende con interessi commerciali		
	1808 - 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 1820 - Controlli a campione di: documenti di divulgazione iniziativa formativa; elenco presenti vs elenco iscritti; report conclusivo iniziativa formativa	
	1809 - 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 1821 - Riesame periodico delle attività, in termini di reclami e del rispetto della pianificazione provenienti dalle diverse fonti	

Tabella delle misure 2026 - 2028

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 <i>SCS4.LAB - LABORATORIO FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE PROFESSIONI</i>	1810 - Conflitto interessi richiedente	Misura di disciplina del conflitto di interessi 1822 - 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	
	1811 - 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 1823 - riesame periodico delle indicazioni, in termini di realizzazione delle attività e del rispetto della pianificazione, provenienti dalle diverse fonti	
	1812 - 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 1824 - 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 <i>SI - SERVIZIO INFORMATICA</i>	1724 - possibile indirizzamento delle scelte per favorire specifici fornitori	Misura di semplificazione o organizzazione dei processi 1725 - revisione della documentazione/capitolati tecnici da parte di soggetti diversi Misura di trasparenza 1726 - utilizzo prioritario del canale MEPA e/o delle convenzioni CONSIP Misura di sensibilizzazione e partecipazione 1727 - rotazione dei fornitori sull'acquisto di beni e servizi informatici ricorrenti	
02 - VERIFICA CONFORMITA' FORNITURA Fase ULTERIORI. 3.ESECUZIONE/ GESTIONE <i>SI - SERVIZIO INFORMATICA</i>	1725 - condizionamento/inadempimento nella verifica degli obblighi contrattuali	Misura di controllo 1728 - controlli periodici sulla corretta esecuzione del contratto/avanzamento lavori	
03 - GESTIONE CREDENZIALI E PERMESSI Fase ULTERIORI. 4.EROGAZIONE/ REALIZZAZIONE <i>SI - SERVIZIO INFORMATICA</i>	1726 - attribuzione di accessi/permessi anche in assenza di autorizzazione o mancanza di rimozione di tali permessi	Misura di controllo 1729 - controllo a campione delle abilitazione attribuite ai fornitori al fine di evitare accessi non autorizzati o eccedenti rispetto ai limiti previsti Misura di controllo 1730 - Verifica delle nuove nomine di Amministratore di sistema interni	

Tabella delle misure 2026 - 2028

AREA DI RISCHIO	N - AREE ULTERIORI	Processo	N.10 - GESTIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA
SOTTOPROCESSO (DEFINIZIONE)	Rischio corruttivo effettivo	Misura	
01 - Verifica intermedia della pubblicazione su "Amministrazione trasparente" Fase ULTERIORI. 7.MONITORAGGIO GSQA - U.O. GESTIONE SISTEMI QUALITA' E ACCREDITAMENTO	1679 - MISURA DI TRASPARENZA PER RENDERE MAGGIORNAMENTE FRUIBILI LE INFORMAZIONI	Misura di trasparenza 1666 - TRASPARENZA: OTTEMPERANZA AGLI ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA PREVISTI DAL D.LGS. N. 33/13 E L. 190/12	

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)											
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 responsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termini 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 Paola Carneletto	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 "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Temporaneo (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	Temporaneo (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; SC4 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT U.O. Supporto Organi Istituzionali	dott.ssa Paola Carneletto 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	Temporaneo (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	Temporaneo	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 impres	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario 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	Temporaneo	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	entro 30 giorni dalla data di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT			
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)						NON APPLICABILE A IZSve	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A IZSve
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A IZSve
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A IZSve
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A IZSve
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A IZSve
		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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A IZSve
		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"						NON APPLICABILE A IZSve
		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							NON APPLICABILE A IZSve
		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 €)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)							NON APPLICABILE A 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							NON APPLICABILE A IZSve
		Organizzazione	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo e dichiarazione di conferibilità	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) (e art. 20 del d.lgs. 39/2013)	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	Temporaneo (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	Temporaneo (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	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici			Temporaneo (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			Temporaneo (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			Temporaneo (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 euro)			Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dato non pertinente				NON APPLICABILE A 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	entro il 31 dicembre	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT			
cessati dall'incarico (art. 14 c. 1-ter)	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	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	
				Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	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 UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)																			
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 responsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termini di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note									
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	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				NON APPLICABILE A IZSVe		
																		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)]
	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 nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	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	Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti			NON APPLICABILE A IZSVe									
											Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti			NON APPLICABILE A IZSVe				
	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	Temporaneo (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	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Temporaneo (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	Temporaneo (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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SC4 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. b), d.lgs. n. 33/2013	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SC4 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SC4 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	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SC4 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)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SC4 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	Temporaneo	SCA1 S.S. Gestione programmazione, acquisizione risorse umane e relazioni sindacali; SC4 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		
Titolari di incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incari amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (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	Temporaneo (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)	Temporaneo (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	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Temporaneo (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. e) 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	Temporaneo (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	Temporaneo (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 inconfirmità dell'incarico	Temporaneo (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			
										Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Temporaneo (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			

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)												
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 responsabile 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 (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	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 distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	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			
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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. e) 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).							Non attinente alla luce della Sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23.1.2019 e Delibera ANAC n. 586/2019 Sentenza Tar Lasto n. 12288 del 20.11.2020 e n. 6045 del 24.05.2021 in merito agli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del d.lgs. 33/2013 s.m.i.
		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							
		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							
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità 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			Dichiarazione da rendere annualmente solo per i dirigenti tecnico-amministrativi. Dal 2019 con delibera Anac 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, non sussiste più l'obbligo di pubblicazione della dichiarazione per i dirigenti/direttori di struttura dell'area sanitaria. Permane solo per i dirigenti dell'area tecnico-amministrativa.
		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 dal conferimento dell'incarico 2) poi annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT					
	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						NON APPLICABILE A IZSVe		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati (art. 14 c. 1-ter)	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			
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			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. e), 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 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						Non attinente alla luce della Sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23.1.2019 e Delibera ANAC n. 586/2019 Sentenza Tar Lasto n. 12288 del 20.11.2020 e n. 6045 del 24.05.2021 in merito agli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 14 del d.lgs. 33/2013 s.m.i.	
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								
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 nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione 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 nazionale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT				
	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				
OIV	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 (da pubblicare in tabelle)	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				
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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 nonché 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				
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				

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)											
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 responsabile 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	
Performance	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	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		
			(da pubblicare in tabelle)	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		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		
				Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	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	
Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe	
					Per ciascuno degli enti:						
					1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
					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)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
					6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
					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)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe
						Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe			NON APPLICABILE A ISVSe
				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)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe			NON APPLICABILE A ISVSe		
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dati non pertinenti. Non vi sono enti pubblici vigilati dall'ISVSe				NON APPLICABILE A ISVSe	
Società partecipate		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		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 e aggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT		
					Per ciascuna delle società:						
					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 e aggiornamento 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 e aggiornamento 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 e aggiornamento 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 e aggiornamento 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 e aggiornamento con cadenza 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 dall'adesione e aggiornamento 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 e aggiornamento con cadenza annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
						Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità 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
				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		
				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		
Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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		
					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	
						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:						
					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			
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità 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		
				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		

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)										
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 responsabile 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 tempestive e individuazione del soggetto responsabile	note
		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	
				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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCSO 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 Poza 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)	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCSO 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 Poza 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. c), d.lgs. n. 33/2013		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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCSO 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 Poza 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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCSO 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 Poza 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 riguardano	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCSO 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 Poza 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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SCSO 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 Poza 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 UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)													
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 responsabile 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. g), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	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)	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 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)	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 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, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 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. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché 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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 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 ed ambiente; UO Controllo di Gestione; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 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 UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)										
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 responsabile 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. 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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casarotto; 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	
	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; Servizio Informatica SS Affari generali anticorruzione e trasparenza Uo Servizio legale e contenziosi SC50 Uo Ingegneria Clinica e UO Ambiente UO ricerche	dott.ssa Nadia Zorzan; dott. Stefano Affolati; dott.ssa Sara Casarotto; 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 e trasparenza	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
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	
		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	
		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	Bilancio preventivo	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	
	Bilancio consuntivo	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	Bilancio consuntivo	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	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.A.C.	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	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 sottoscrizione 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 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 ancorché 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			

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)										
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 responsabile 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 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 Carneletto	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) (da pubblicare in tabelle)	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)	Dato non pertinente				NON APPLICABILE A IZSVe (Per gli esami di laboratorio vedasi "tempi medi erogazione servizi")
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, d.lgs. 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, ai beneficiari e all'categoria di spesa	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	SCA3 Servizio Economico Finanziario	dott.ssa Sara Casarotto	entro 30 giorni dal trimestre 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 trimestre 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 riferimento	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 trimestre di riferimento	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, nonché 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 relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dato non pertinente				NON APPLICABILE A IZSVe
	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, nonché 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.	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	
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, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dato non pertinente					NON APPLICABILE A IZSVe
			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)	Dato non pertinente			NON APPLICABILE A IZSVe		
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)	SC50 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					NON APPLICABILE A IZSVe
		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)	SC50 U.O. 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'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC50 U.O. 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'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC50 U.O. 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					NON APPLICABILE A IZSVe
		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 SC50 U.O. Ambiente	RSP Pozza Giandomenico	entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT		
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 Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Dato non pertinente				NON APPLICABILE A IZSVe	
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		
			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					
			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	
Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, 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	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. (MGC 231)	Annuale	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	entro 30 giorni dal provvedimento di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	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 (addove adottati)	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	entro 30 giorni dal provvedimento di adozione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			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 Paola Carneletto	entro il 15 dicembre o altra data disposta da ANAC	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			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 Paola Carneletto	entro 30 giorni dall'adozione provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	entro 30 giorni dalla data dell'atto di accertamento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			monitoraggio sull'attuazione del Codice di Comportamento	Esiti del monitoraggio annuale del RPCT sull'attuazione del Codice di Comportamento	Annuale	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	entro 31 gennaio	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)										
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 responsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nominativo del dirigente responsabile della struttura	termini di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
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, nonché 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 Paola Carneletto	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, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	dott.ssa Paola Carneletto	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; SC4 Laboratorio Formazione e Sviluppo delle Professioni; SC5 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. Crstina Gallo dott.ssa Manca Grazia; dott. Pozza Giandomenico dott.ssa Giulia Ferriani dott.ssa Paola Carneletto	entro 30 giorni dall'aggiornamento semestrale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	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.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Servizio Informatica SC4 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, n. 221	Obiettivi di accessibilità	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	Responsabili 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	
	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 Acquisti 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.ssa 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.ssa 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.ssa Giulia Ferriani	annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
			Attuazione misure PNRR - informazioni relative alle attività finanziate da PNRR	tempestivo	Servizio Affari generali Anticorruzione e Trasparenza UO ricerche e cooperazione internazionale	dott.ssa 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		
Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco soluzioni tecnologiche adottate dalla SA per l'automatizzazione delle proprie attività	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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di adozione delle soluzioni tecnologiche	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 per acquisizione interesse completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete 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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data dell'avviso	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 / programma triennale degli acquisti di forniture e servizi	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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro il primo trimestre dell'anno di riferimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Art. 168, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di adozione dell'atto	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Art. 169, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara regolamentate Settori speciali	Procedure di gara regolamentate - Settori speciali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> 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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di adozione dell'atto	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	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</u> 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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	annuale	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023	Link BDNCP	Link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti pubblici	Link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti pubblici	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	Provvedimento ANAC pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 151 del 30 giugno 2023 ed entra in vigore il 1° luglio 2023. ed acquista efficacia a decorrere dal 1° gennaio 2024	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Fase Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023	Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)	Dibattito pubblico facoltativo e 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 dei documenti di cui al nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di conclusione del dibattito	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	Art. 82, d.lgs. 36/2023	Documenti di gara	Documenti di gara e Pubblicazione a livello nazionale	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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Fase Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023	Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento di nomina	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	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'offerta	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT		
	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	Procedura 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)	Procedura 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	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	Tempestivo	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di adozione del provvedimento di nomina	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT		

ALLEGATO UNICO - N° 3 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE TRASPARENZA (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)										
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 responsabile della trasmissione (individuazione e/o elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione	nomativo del dirigente responsabile della struttura	termine di scadenza per la pubblicazione	monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile	note
	Fase 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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro sei mesi dalla conclusione del contratto	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data del documento (avviso o nota di proposta sponsorizzazione)	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	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 prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	SCA2 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 giorni dalla data di conclusione della procedura	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	
	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 Acquisti e Logistica SCST - Servizio Tecnico	dott. Affolati Stefano dott. Affolati Stefano	entro 30 gg dalla data di approvazione del provvedimento conclusivo della procedura di valutazione	monitoraggio semestrale: al 30 giugno e al 31 dicembre responsabile RPCT	

Allegato 4 PTPCT 2026 - 2028

SCHEMA DI PATTO DI INTEGRITA' PER APPALTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

Il sottoscritto _____ nato a _____ (Prov. ____) il
residente in _____ via _____ n. _____ in qualità dell'operatore economico
con sede legale in _____ via _____ n. _____ Part. IVA
con riferimento alla procedura per l'affidamento di _____ indetta
con Determinazione/Deliberazione n. _____ del _____,

DICHIARA

di accettare il seguente Patto d'integrità approvato dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (di seguito "IZSve" o "Istituto") adottato con DCA n. 1 del 2026.

Art. 1 Finalità e ambito di applicazione

Il presente Patto di integrità reca la disciplina dei comportamenti degli operatori economici e dei dipendenti e collaboratori, a vario titolo, dell'IZSve nell'ambito delle procedure di affidamento e gestione degli appalti di lavori, servizi e forniture di cui al D. Lgs. n. 36/2023 esperite dall'IZSve.

Il Patto stabilisce la reciproca e formale obbligazione tra l'IZSve e l'operatore economico, di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza. Tale documento rappresenta infatti una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque tendenti ad inficiare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dei pubblici appalti. A tal fine esso contiene l'espresso impegno, di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, e in ogni caso, a non compiere alcun atto volto ad influenzare indebitamente o a distorcere il corretto svolgimento della procedura di gara.

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. 36/2023, e di concessione di servizi, il cui importo presunto sia pari o superiore alle soglie di rilevanza comunitaria;
- i contratti di appalto di lavori pubblici il cui importo presunto sia uguale o superiore a €. 150.000,00 IVA esclusa.

Il Patto d'Integrità costituisce altresì parte integrante e sostanziale dei contratti stipulati tra l'Istituto e le ditte aggiudicatrici a conclusione delle procedure sopra indicate.

L'espressa e incondizionata accettazione delle prescrizioni ivi previste è inoltre requisito fondamentale ai fini dell'iscrizione dell'operatore economico nell'Albo/Elenco fornitori dell'Istituto.

Il Patto di Integrità, sottoscritto per accettazione dal legale rappresentante dell'operatore economico, deve essere presentato unitamente alla documentazione amministrativa richiesta ai fini della partecipazione alla procedura di affidamento, nei casi previsti al presente articolo.

Per i consorzi ordinari o raggruppamenti temporanei l'obbligo riguarda tutti i consorziati o partecipanti al raggruppamento o consorzio. Pertanto, il Patto va sottoscritto dal legale rappresentante del Consorzio, nonché da ciascuna delle imprese consorziate o raggruppate e dall'eventuale loro direttore tecnico.

Nel caso di subappalto, laddove consentito, il Patto va sottoscritto anche dal legale rappresentante del soggetto affidatario del subappalto medesimo, e dall'eventuale direttore tecnico.

Nelle fasi successive all'aggiudicazione, gli obblighi previsti nel Patto si intendono riferiti all'aggiudicatario, il quale, a sua volta, assume l'obbligo di pretenderne il rispetto anche dai propri subcontraenti, attraverso l'inserimento di apposite clausole nei relativi contratti.

Il Patto è ritenuto valido e produce i suoi effetti nel caso l'operatore economico partecipi nell'arco di un biennio, decorrente dalla data di sottoscrizione dello stesso, ad altre procedure, rientranti tra quelle indicate nei paragrafi che precedono, attivate dall'IZSVE. Con la sua sottoscrizione l'operatore si impegna quindi ad assumere gli stessi obblighi anche nelle successive procedure.

Art. 2 Obblighi degli operatori economici

L'operatore economico, con l'accettazione del presente documento:

- 2.1.1 si obbliga a non ricorrere ad alcuna mediazione o altra opera di terzi finalizzata all'aggiudicazione e/o alla gestione del contratto;
- 2.1.2 dichiara di non aver influenzato il procedimento amministrativo diretto a stabilire il contenuto del bando o di altro atto equipollente, al fine di condizionare le modalità di scelta del contraente da parte dell'IZSVE;
- 2.1.3 dichiara di non aver corrisposto né promesso di corrispondere ad alcuno – e si impegna a non corrispondere né promettere di corrispondere ad alcuno – direttamente o tramite terzi, compresi i soggetti collegati o controllati, somme di denaro o altra utilità finalizzate a facilitare l'aggiudicazione e/o la gestione del contratto;
- 2.1.4 dichiara, con riferimento alla specifica procedura di affidamento, di non avere in corso e di non aver praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della vigente normativa, ivi inclusi gli artt. 101 e seg. del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) e gli artt. 2 e seg. della L. 287/90 e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto della normativa;
- 2.1.5 dichiara che non si è accordato e non si accorderà con altri soggetti interessati all'aggiudicazione del contratto per limitare in alcun modo la concorrenza;
- 2.1.6 si impegna a segnalare all'IZSVE qualsiasi illecito tentativo da parte di terzi di turbare o distorcere le fasi dello svolgimento della procedura di affidamento e/o l'esecuzione del contratto;
- 2.1.7 si impegna a segnalare all'IZSVE qualsiasi illecita richiesta o pretesa da parte di dipendenti dell'IZSVE stesso o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla procedura di affidamento o all'esecuzione del contratto;

- 2.1.8 si impegna, qualora i fatti di cui ai precedenti punti 2.1.6 e 2.1.7 costituiscano reato, a sporgere denuncia all'Autorità Giudiziaria o alla polizia giudiziaria;
- 2.1.9 si impegna a collaborare con l'Autorità giudiziaria denunciando ogni tentativo di corruzione, estorsione, intimidazione o condizionamento di natura criminale, (richieste di tangenti, pressioni per indirizzare l'assunzione di personale o l'affidamento di subappalti a determinate imprese, danneggiamenti e/o furti di beni personali o in cantiere ecc.);
- 2.1.10 si impegna al rigoroso rispetto delle disposizioni vigenti in materia di obblighi sociali e di sicurezza del lavoro contenuti nei capitolati di gara, pena la risoluzione del contratto, la revoca dell'autorizzazione o della concessione o la decadenza del beneficio. Il rispetto di tali clausole si individua come indicatore d'integrità e correttezza all'interno della prevenzione dell'illegalità prevista dal Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Istituto;
- 2.1.11 si impegna a dichiarare l'assenza di conflitti di interesse, nella partecipazione alla procedura, con i funzionari coinvolti e responsabili dei procedimenti nonché con i rappresentanti legali, organi di indirizzo politico dell'amministrazione e segnalare ogni ipotesi di conflitto di interessi, anche potenziale, derivante dalla partecipazione alla procedura o che si dovesse generare in corso di gara anche con riguardo ai soggetti facenti parte di collegi tecnici e commissioni di gara, ovvero che si dovesse ingenerare successivamente alla fase di aggiudicazione;
- 2.1.12 dichiara di non aver conferito incarichi a soggetti di cui all'art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. 165/2001, così come integrato dall'art. 21 del D. Lgs. 39/2013, o di non aver stipulato contratti con i medesimi soggetti;
- 2.1.13 dichiara di essere consapevole che, qualora sia accertata la violazione del divieto di cui al precedente punto 2.1.12, sarà disposta l'immediata esclusione dell'operatore dalla partecipazione alla procedura di affidamento;
- 2.1.14 dichiara di essere consapevole che gli obblighi di condotta del Codice di Comportamento nazionale (DPR n. 62/2013) nonché di quelli di cui al Codice etico e di comportamento aziendale (approvato con DCA n. 12/2017) si estendono, per quanto compatibili, anche al personale delle società/imprese che a qualsiasi titolo collaborano con l'IZSVe;
- 2.1.15 dichiara di essere consapevole che il personale dipendente dell'IZSVe, al quale siano offerti regali o altri vantaggi economici personali o altre utilità non aventi carattere personale il cui valore stimato ecceda la soglia del modico valore (€ 150,00), provvede a rifiutarlo e ad informare per iscritto il Responsabile per la prevenzione della corruzione;
- 2.1.16 si impegna al rispetto delle clausole sociali e di tutte le pattuizioni a carattere sociale relativi agli impegni di assunzione di persone svantaggiate o di riassunzione di lavoratori in caso di cambio appalto contenute nel capitolato di gara. Si impegna, altresì, a comunicare all'IZSVe l'assolvimento di tali obblighi ed accetta sin da ora che IZSVe ed i suoi organismi interni possano effettuare controlli, ispezioni, verifiche in qualunque forma e in qualunque momento, prima, durante e dopo lo svolgimento delle prestazioni contrattuali. Riconosce espressamente che ogni ostacolo o impedimento, anche parziale, a tali attività di verifica saranno considerati inadempimento contrattuale; in ragione di tale adempimento, secondo quanto previsto dal contratto l'Amministrazione potrà applicare le penali nella misura determinata nel contratto ovvero, nelle ipotesi previste, procedere con la risoluzione del contratto medesimo;
- 2.1.17 nelle fasi successive all'aggiudicazione, l'aggiudicatario avrà l'obbligo di pretendere il rispetto degli obblighi previsti nel Patto anche dai propri subappaltatori, subcontraenti e collaboratori a qualsiasi titolo impegnati nell'esecuzione del contratto. L'operatore si impegna ad inserire la clausola del rispetto degli obblighi di cui al presente patto nei contratti stipulati con i suddetti soggetti.

Art. 3 Obblighi dell'IZSve

L'IZSve conforma la propria condotta ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

L'istituto si obbliga inoltre ad attivare i procedimenti disciplinari nei confronti del personale a vario titolo intervenuto nel procedimento di affidamento e nell'esecuzione del contratto nelle ipotesi di violazione di detti principi e, in particolare, qualora riscontri la violazione dell'art. 14 del DPR 62/2013 e del Codice etico e di comportamento dell'IZSve o di prescrizioni analoghe per i soggetti non tenuti all'applicazione della norma stessa.

Art. 4 Violazione del Patto di integrità

La violazione del presente Patto di integrità è dichiarata in esito ad un procedimento di verifica, condotto dal Responsabile Unico del progetto, nel corso del quale viene garantito adeguato contraddittorio con l'operatore economico interessato.

Nel caso di violazione grave o reiterata di uno degli impegni assunti con il presente Patto di integrità da parte dell'operatore economico, sia in qualità di concorrente alla procedura, sia di aggiudicatario della medesima, saranno applicate, anche in via cumulativa, una o più delle seguenti sanzioni:

- a) esclusione dalla procedura di affidamento e incameramento della garanzia provvisoria ovvero, qualora la violazione sia riscontrata in un momento successivo all'aggiudicazione, applicazione di una penale, nel rispetto di quanto disciplinato dall'art. II.15 del Capitolato generale d'oneri per i contratti di fornitura di beni e servizi dell'Istituto (approvato con DDG n. 9/2017, modificato con DDG n. 359/2017, aggiornato con DDG n. 33/2020);
- b) revoca dell'aggiudicazione, risoluzione di diritto del contratto eventualmente sottoscritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c. e incameramento della garanzia definitiva. L'IZSve può non avvalersi della risoluzione del contratto qualora la ritenga pregiudizievole agli interessi pubblici, quali indicati dall'art. 121, comma 2 del D. Lgs n. 104/2010. E' fatto salvo, in ogni caso, l'eventuale diritto al risarcimento del danno e l'applicazione di eventuali penali;
- c) segnalazione del fatto all'Autorità Nazionale Anticorruzione ed alle competenti autorità. Le conseguenze derivanti dalla violazione del presente Patto sono inserite nel contratto stipulato con l'amministrazione.

L'IZSve terrà conto della violazione degli impegni assunti con l'accettazione del presente Patto anche ai fini delle future valutazioni relative all'esclusione degli operatori economici dalle procedure di affidamento previste dall'art. 95, comma 1, lett. e) del D. Lgs. n. 36/2023. La violazione del presente Patto costituisce grave illecito professionale.

In caso di commissione di un reato previsto dal D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. accertato con sentenza passata in giudicato, a seguito dell'applicazione della pena su richiesta delle parti, ex art. 444 c.p.c, nonché in caso di irrogazione, anche in sede cautelare, della sanzione interdittiva del divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione, ovvero l'interdizione dall'esercizio delle attività, dovrà esserne data immediata comunicazione all'IZSve, il quale avrà facoltà di risolvere il contratto per il verificarsi di tale condizione risolutiva ex art. 1353 c.c.

In ogni caso, al momento dell'apertura del procedimento in sede penale nei confronti dell'operatore economico, per reati di cui al D. Lgs n. 231/2001, dovrà esserne data immediata comunicazione all'Istituto, il quale avrà facoltà di risolvere il contratto per il verificarsi di tale condizione risolutiva ex art. 1353 c.c.

Art 5 Efficacia del Patto di integrità

Il presente Patto di integrità per appalti di lavori, servizi e forniture è efficace dalla data di sottoscrizione dello stesso, fino alla completa esecuzione del contratto conseguente ad ogni specifica procedura di gara.

Art. 6 Pubblicità del patto di integrità

Lo schema di Patto di integrità è pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione “*Amministrazione trasparente*” sottosezione “*Altri contenuti - Prevenzione della corruzione*” nonché nella sezione “*Bandi e gare*, sottosezione “*Forniture di beni e servizi – Modulistica e regolamenti generali*”.

Art. 7 Autorità competente in caso di controversie

Ogni controversia relativa all’interpretazione e all’esecuzione del Patto di integrità tra l’IZSve e gli operatori economici è di competenza esclusiva del Foro di Padova.

Luogo e data

.....

Per l’operatore economico

FIRMA

.....



Gender Equality Plan - GEP

2026-2029

Piano per l'uguaglianza di genere

Indice

1. Introduzione
2. Analisi e valutazione
 - a) Dati del personale
 - b) Progetti di ricerca scientifica
 - c) Legislazione e regolamenti vigenti
3. Settori di intervento e priorità
 - a) Azioni attuate e conclusione piano precedente
 - b) Aree di miglioramento
 - Area 1. Conciliazione vita-lavoro e cultura dell'organizzazione
 - Area 2. Equilibrio di genere negli organi di governo e nei processi decisionali
 - Area 3. Parità di genere nel reclutamento e nella progressione di carriera
 - Area 4. Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione
 - Area 5. Misure contro la violenza di genere, comprese le molestie sessuali

1. Introduzione

Con DDG n. 462/2021 l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVE) ha approvato il *Gender Equality Plan (GEP)* riferito al periodo 2020-2025, prevedendo per diversi ambiti, misure e azioni finalizzate a diffondere la consapevolezza dell'uguaglianza di genere a tutti i livelli, nonché attuarla nella pratica.

Il presente Piano per l'Uguaglianza di Genere - *Gender Equality Plan*, riferito al periodo 2026-2029, è declinato in continuità con il precedente e sviluppa i suoi contenuti in sinergia e coerenza con gli altri documenti della programmazione dell'Istituto.

2. Analisi e valutazione

Punto di partenza per lo sviluppo di azioni efficaci in materia di parità di genere è l'analisi della situazione all'interno dell'Istituto in termini di distribuzione delle risorse umane, dei responsabili dell'attività di ricerca scientifica, nonché l'identificazione delle misure esistenti per la promozione dell'uguaglianza di genere, intendendosi sia quelle derivanti da regolamenti vigenti, sia le misure di conciliazione vita-lavoro già in essere.

A tal fine è stato nominato dalla Direzione generale un Gruppo di Lavoro per la redazione del Piano per l'uguaglianza di genere composto in rappresentanza dei ruoli e dei settori maggiormente coinvolti nel supporto e nell'attuazione delle misure (Comitato Unico di Garanzia, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Comunicazione, Unità Operativa Ricerca e Cooperazione Internazionale, Servizio Risorse Umane).

a) Dati del personale

Ai fini dell'analisi dei dati del personale, nel presente *Gender Equality Plan*, si rimanda ai dati già rappresentati nel "Bilancio di Sostenibilità 2025" e riferiti alle annualità 2023 e 2024.

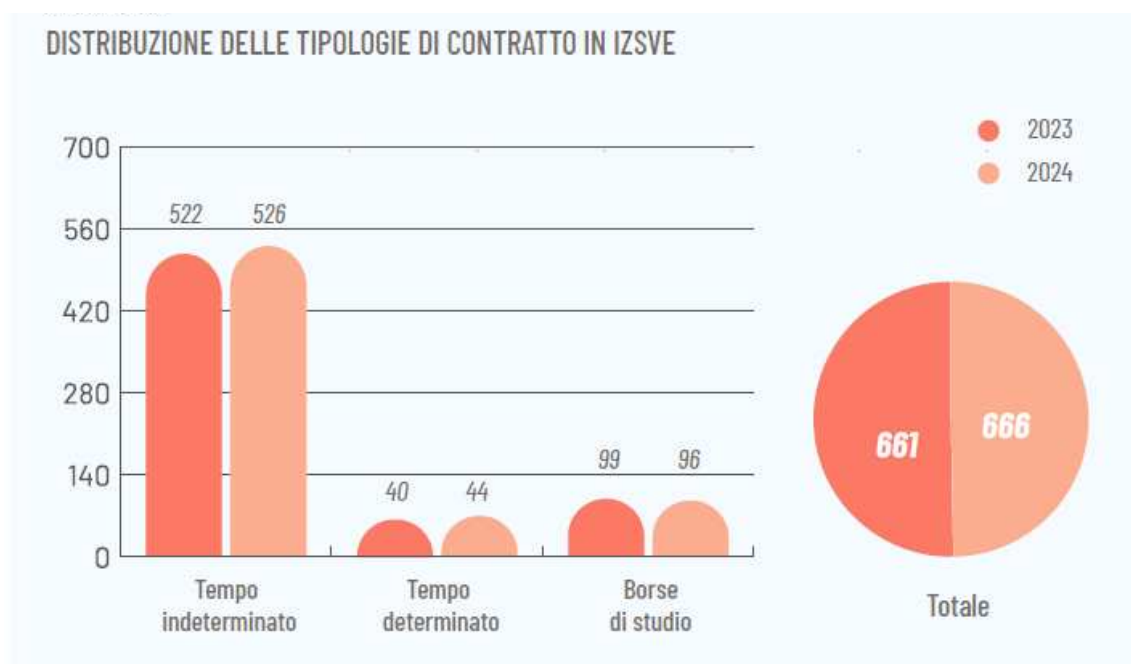


Grafico 1. Distribuzione delle tipologie di contratto (2023-2024).

Il numero complessivo del personale dell'IZSve ha evidenziato un lieve aumento dal 2023 al 2024 (*Grafico 1*).

INQUADRAMENTO	2023		2024	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
DIRIGENTI	46%	54%	45%	55%
COMPARTO	32%	68%	30%	70%
RICERCATORI	33%	67%	33%	67%

Tabella 1. Distribuzione del Personale per genere e inquadramento (2023-2024).

La distribuzione del personale per genere resta quasi costante nel biennio, con una predominanza del genere femminile a livello generale; il divario è più marcato nel personale del comparto e tra i ricercatori, rispetto al personale dirigenziale (*Tabella 1*).

Nell'analisi per genere della popolazione dell'IZSve si è tenuto conto anche dei ruoli apicali (Direzione strategica, Direttori di dipartimento e Direttori responsabili di struttura complessa), della composizione degli organi dell'Istituto (Consiglio di Amministrazione e Collegio dei Revisori), degli organismi di valutazione (OIV) e dei comitati in essere (Comitato Unico di Garanzia e Comitato etico). Il *Grafico 2* mostra questa distribuzione in valori proporzionali, su una scala da 0 a 1 (1 = 100%).



Grafico 2. Distribuzione del personale per genere all'interno di organi e comitati in valori proporzionali (2023-2024).

Circa il 15% del personale usufruisce di un contratto part-time, con una predominanza per la componente femminile (Tabella 2).

PERSONALE FRUITORE DI CONTRATTO PART-TIME (solo tempo indeterminato)								
INQUADRAMENTO	2023				2024			
	Tempo pieno		Part-time		Tempo pieno		Part-time	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
DIRIGENTI AREA SANITÀ	35	44	0	0	32	42	0	0
DIRIGENTI PTA	6	3	0	0	7	3	0	0
APSF	41	118	2	36	39	117	1	33
ADA	22	48	0	27	24	46	0	25
ADO	25	13	1	1	29	17	1	3
ASU	15	8	1	13	14	10	2	9
PIRAMIDE DELLA RICERCA	20	40	1	2	23	46	1	2
TOTALE	164	274	5	79	168	281	5	72

LEGENDA:
 Dirigenti area sanità: dirigenti veterinari, chimici, biologi e delle prof. sanitarie;
 Dirigenti PTA: dirigenti professionali, tecnici e amministrativi;
 APSF: Area dei professionisti della salute e dei funzionari (ex cat. D e Ds);
 ADA: Area degli assistenti (ex cat. C);
 ADO: Area degli operatori (ex cat. BS);
 ASU: Area del personale di supporto (ex. cat. B)

Tabella 2. Personale fruitore di contratto part-time (solo tempo indeterminato), anni 2023-2024.

La Tabella 3 mette in evidenza il personale che ha beneficiato di lavoro agile e telelavoro negli anni 2023 e 2024.

PERSONALE FRUITORE DI LAVORO AGILE E TELELAVORO		
ANNO	2023	2024
FRUITORI LAVORO AGILE E TELELAVORO	130	154

Tabella 3. Personale fruitore di lavoro agile e telelavoro (2023-2024).

b) Progetti di ricerca scientifica

Per mandato istituzionale, e per migliorare i servizi offerti, l'IZSVE effettua studi e ricerche, piani di sorveglianza e progetti di collaborazione scientifica nei campi delle malattie trasmissibili dagli animali (zoonosi), della sanità e del benessere animale, del controllo qualitativo e sanitario degli alimenti.

I progetti dell'IZSVE sono condotti per soddisfare le esigenze e i bisogni conoscitivi di organizzazioni locali, nazionali e internazionali come il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome, l'Unione Europea (UE), l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA), l'Organizzazione mondiale della sanità animale (WOAH), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO).

Nel biennio 2023-2024 l'IZSVE ha avviato 139 progetti, di cui 114 finanziati con fondi nazionali, 19 con fondi europei e 6 con fondi provenienti da organismi internazionali nell'ambito della cooperazione.

Il Grafico 3 descrive la distribuzione di genere dei responsabili scientifici dei progetti di ricerca europei (Horizon, Interreg, EFSA, Erasmus+), internazionali (WOAH, FAO, IAEA) e nazionali.

Progetti di ricerca per tipologia e genere

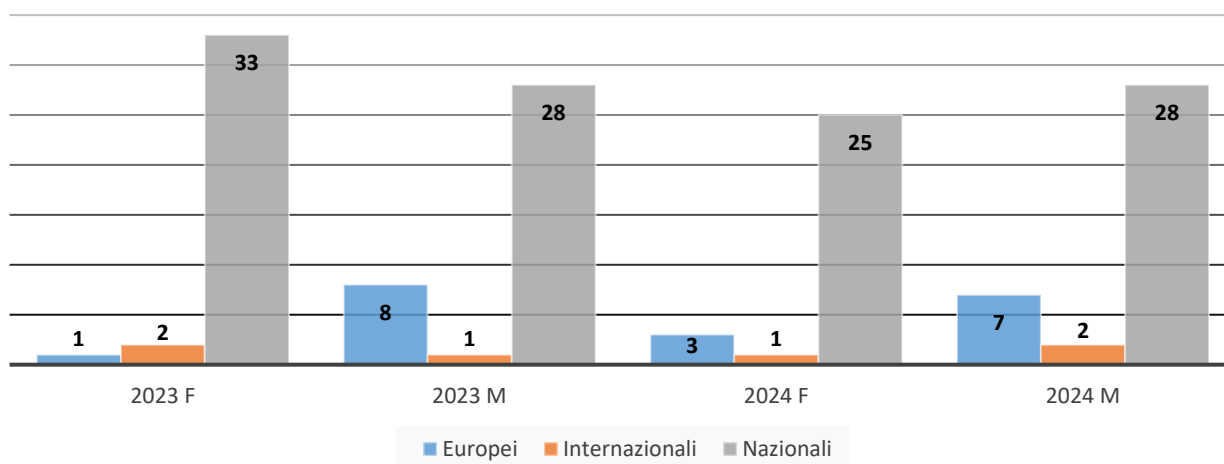


Grafico 3. Progetti di ricerca suddivisi per tipologia e per genere dei responsabili scientifici (2023-2024).

c) Legislazione e regolamenti vigenti

1. Modalità di accesso al lavoro

Secondo la normativa vigente in materia di pubblico impiego (D.Lgs. 165/2001), le procedure di reclutamento si conformano al rispetto delle pari opportunità tra lavoratrici e lavoratori nonché l'assenza di qualunque forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Si richiamano i Regolamenti per l'assunzione di personale dirigente (DDG n. 233/2021) e di personale del comparto (DDG n. 234/2021), già citati nel precedente GEP. Nel 2023 con DDG n. 338 del 2.11.2023 è stato approvato il "Regolamento per la disciplina delle Selezioni pubbliche ex art. 15 octies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. per l'assunzione di personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza indette dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie" che rimanda ai sopra citati Regolamenti per quanto non esplicitamente disciplinato.

2. Composizione delle commissioni di concorso

Il Testo Unico sul Pubblico Impiego (D.Lgs. 165/2001) all'art. 57, co. 5.1 lettera a) prevede che le pubbliche amministrazioni, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro, riservino alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio per cui le commissioni sono composte da esperti di provata competenza nelle materie di concorso (art. 35, co. 3, lettera e).

All'art. 57 co. 5.1-bis è inoltre previsto che l'atto di nomina della commissione di concorso sia inviato al/alla consigliere/a di parità nazionale ovvero regionale, in base all'ambito territoriale dell'amministrazione che ha bandito il concorso.

3. Settori di intervento e priorità

Un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è elemento imprescindibile per ottenere maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività che di affezione al lavoro.

Perseguire la parità tra i generi nella pubblica amministrazione significa agire contemporaneamente su diversi fronti: l'innovazione dei modelli organizzativi, la formazione della classe dirigente, l'uguaglianza delle opportunità, il riconoscimento del merito, la capacità delle amministrazioni di promuovere la parità anche nel contesto esterno.

Facendo riferimento al programma dell'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere (EIGE), che rafforza e promuove la parità di genere in tutta l'Unione Europea, viene redatto il Piano per l'uguaglianza di genere (*Gender Equality Plan - GEP*) allo scopo 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 e 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. Con questo termine non si intende che uomini e donne debbano essere uguali o in ugual numero, ma che - a parità di competenze - abbiano pari accesso alle stesse opportunità, pur conservando le loro peculiarità.

Il presente GEP ha durata quadriennale, lo stato di avanzamento degli indicatori verrà aggiornato annualmente o qualora se ne ravvisi la necessità.

a) Azioni attuate e conclusione piano precedente

Nel corso degli anni l'IZSve ha applicato le misure previste dalla legge per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo, inoltre ha adottato alcune misure per favorire la conciliazione vita-lavoro.

Di seguito si elencano le azioni attuate dall'Istituto.

1. Asilo nido aziendale

L'IZSve ha adottato misure di sostegno volte a garantire che i genitori, sia madri che padri, possano conciliare la vita familiare con il lavoro; tra queste misure si cita l'asilo nido aziendale, attivato presso la sede centrale dal 2010 sulla base di un Accordo di programma tra IZSve, Istituto Nazionale di Fisica Nucleare e Veneto Agricoltura - Agenzia Veneta per l'Innovazione nel Settore Primario ed esteso successivamente ai dipendenti dell'Università di Padova e ai residenti del Comune di Legnaro e dei comuni limitrofi.

La gestione socio-educativa dell'asilo nido è stata aggiudicata, a seguito di espletamento di procedura di gara aperta, alla Cooperativa Sociale Coopselios di Reggio Emilia. L'attuale contratto di concessione copre il periodo dal 01.09.2025 al 31.08.2030.

2. Consigliera di Fiducia

Con DDG n. 381/2024 l'Istituto ha approvato lo schema di convenzione con la Regione del Veneto per avvalersi sia delle disposizioni contenute nel "*Codice di Comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori della Regione del Veneto*" (DGRV n. 1266/2012), sia della consulenza della Consigliera di Fiducia nominata dalla Regione.

Ai sensi di tale convenzione è stato conferito un incarico di collaborazione professionale alla Consigliera di Fiducia, in forma di appendice al contratto sottoscritto con la Regione, richiamando le funzioni ivi previste e definendo le modalità di svolgimento del suo mandato sulla base delle reali necessità dell'Istituto.

Il 19.09.2025 è stato organizzato un *webinar* rivolto a tutto il personale dell'Istituto con l'obiettivo di presentare la nuova Consigliera, e fornire informazioni sul suo ruolo, le sue aree di competenza e le sue modalità di intervento.

3. Lavoro Agile e Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Con DDG n. 110/2022 avente ad 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.

Il CCNL 2022-2024 del personale comparto sanità sottoscritto il 27.10.2025 conferma l'istituto del lavoro agile - già previsto e disciplinato nel precedente CCNL 2019-2021 del 02.11.2022, stabilendo che il datore di lavoro, nel dare accesso al lavoro agile, deve conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Inoltre, fermi restando i diritti di priorità previsti dalla normativa vigente (lavoratori fragili), il contratto nazionale ha previsto la possibilità di facilitare l'accesso a tale modalità di prestazione lavorativa anche a lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure:

- lavoratori che documentino particolari esigenze di salute o che assistano familiari con disabilità in situazione di gravità ai sensi della Legge n. 104/1992;
- lavoratori che godano dei benefici previsti dal D.Lgs. 151/2001 a sostegno della genitorialità;
- altre casistiche individuate in sede di contrattazione integrativa.

Analogamente i CCNL 2019-2021 dei Dirigenti dell'Area Sanità (sottoscritto il 23.01.2024) e dei Dirigenti dell'Area Professionale, Tecnica e Amministrativa (sottoscritto il 16.07.2024) prevedono che la prestazione lavorativa possa essere svolta in modalità agile.

L'Istituto promuove il 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.

4. Certificazione Family Audit

La certificazione *Family Audit* è uno strumento manageriale a disposizione delle organizzazioni che intendono attestare il proprio impegno verso l'implementazione di politiche di conciliazione vita-lavoro e il miglioramento del benessere individuale dei propri occupati e delle loro famiglie.

Il *Family Audit*, attraverso un processo di analisi sistematica e partecipata, consente 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 Istituto è stato nominato un Gruppo di lavoro interno che, con il supporto di un Consulente Family Audit, ha predisposto e tutt'oggi cura l'attuazione del "*Piano Aziendale dell'IZSVE*", 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

Nel 2019 l'Istituto ha conseguito il certificato *Family Audit*, confermato per tre annualità fino al rilascio del certificato *Family Audit Executive*, nel novembre 2022, ad attestazione che l'Istituto ha realizzato e sta portando avanti le misure previste nel suddetto Piano Aziendale.

Nell'intento di proseguire con l'iter di certificazione, l'IZSVE ha scelto di aderire al "Processo di Mantenimento", impegnandosi a garantire per ulteriori tre anni il livello di conciliazione vita lavoro raggiunto con la certificazione *Family Audit*.

Il certificato *Family Audit Executive* è stato confermato per le prime due annualità e nel 2025 si concluderà il terzo anno del processo di mantenimento a seguito del quale l'Istituto dovrà scegliere nuovamente se proseguire e consolidare le azioni intraprese nell'ambito della certificazione *Family Audit*.

5. Conclusione Piano per l'Uguaglianza di Genere 2022-2025

Nel periodo di riferimento del precedente GEP, sono state attuate diverse misure volte a promuovere la cultura dell'uguaglianza di genere all'interno dell'Istituto.

In particolare, sono stati organizzati un corso di formazione dal titolo "Parità di genere. Percorsi verso l'uguaglianza" (2024), al quale hanno partecipato complessivamente n. 90 persone (23 uomini e 67 donne) e un *webinar* con la neominata Consigliera di Fiducia (2025).

Per quanto riguarda l'integrazione della dimensione di genere nella ricerca, sono stati raccolti i dati del personale rendicontato nei progetti di ricerca europei, distinto per genere. Il risultato del monitoraggio ha evidenziato una costante rappresentanza femminile nel *team* di lavoro. Questa metodologia ha permesso di individuare delle aree di miglioramento, che sono state recepite nel nuovo Piano.

Inoltre, sono state regolarmente monitorate le nomine delle commissioni di concorso al fine di garantire una rappresentanza femminile, compatibilmente con la disponibilità all'interno dell'Ente, di professionalità di comprovata competenza nelle materie oggetto di concorso.

Infine, nel corso del quadriennio sono stati raccolti in modo continuativo *feedback* da parte del personale, che hanno contribuito alla definizione delle misure previste nel nuovo GEP.

b) Aree di miglioramento

Atteso che, come sopra rappresentato, in IZSVe esistono già misure e azioni volte a tutelare la parità di genere, sia in ambito lavorativo, sia negli strumenti di conciliazione vita-lavoro, con il presente GEP si intende proseguire le azioni individuate nel precedente GEP 2020-2025, nonché sviluppare uno strumento operativo che consenta di definire le ulteriori azioni necessarie per diffondere la consapevolezza dell'uguaglianza di genere a tutti i livelli, nonché attuarla nella pratica.

Le azioni che l'IZSVe intende adottare si possono ricondurre alle seguenti aree di miglioramento:

Area 1. Conciliazione vita-lavoro e cultura dell'organizzazione

Area 2. Equilibrio di genere negli organi di governo e nei processi decisionali

Area 3. Parità di genere nel reclutamento e nella progressione di carriera

Area 4. Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione

Area 5. Misure contro la violenza di genere, comprese le molestie sessuali

AREA 1. CONCILIAZIONE VITA-LAVORO E CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE

1. Nell'ambito della conciliazione vita-lavoro e lavoro agile, l'Istituto ha già adottato i documenti necessari previsti dalla normativa vigente. Obiettivo del presente GEP è quello di mantenere la possibilità di usufruire del lavoro agile e monitorare la distribuzione per genere di chi ne usufruisce.

2. Nell'area tematica relativa alla conciliazione vita-lavoro, si intende diffondere una cultura della solidarietà organizzativa, prevedendo strumenti quali l'utilizzo di ferie solidali, nel rispetto delle disposizioni contrattuali di riferimento, la creazione di posti auto per donne in stato di gravidanza, scontistiche sulla retta dell'asilo nido, monitoraggio dei permessi per *caregiving*.

3. Per l'avvio di iniziative mirate alle reali esigenze dei lavoratori, si ritiene fondamentale conoscere concretamente le necessità del personale dell'Istituto. A tal fine verrà somministrato un questionario all'inizio e al termine del quadriennio, per comprendere e verificare la percezione delle misure adottate.

AREA 2. EQUILIBRIO DI GENERE NEGLI ORGANI DI GOVERNO E NEI PROCESSI DECISIONALI

1. 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. Analogamente, nella nomina delle commissioni costituite a qualsiasi titolo deve essere garantita una rappresentanza femminile compatibilmente con le professionalità disponibili.

Nell'ambito di tale area di intervento, verrà monitorata la componente femminile non solo negli organi di governo e nelle commissioni di concorso, ma anche nei numerosi gruppi di lavoro attivi e che saranno attivati in Istituto nel prossimo quadriennio, al fine di dare evidenza che le nomine avvengano nel rispetto della parità di genere.

AREA 3. PARITÀ DI GENERE NEL RECLUTAMENTO E NELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

1. Parità di genere comporta che donne e uomini abbiano 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 dedicato a valorizzare i progetti di ricerca sanitaria delle ricercatrici e ricercatori dell'IZSVe garantendo un bilanciamento tra i generi dei relatori.

AREA 4. INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DI GENERE NELLA RICERCA E NELLA FORMAZIONE

1. Nei progetti di ricerca è garantito il coinvolgimento di almeno una componente femminile nel *team* di ricerca, compatibilmente con il *topic* oggetto di indagine.

A modifica e integrazione del precedente GEP, che prevedeva solo i progetti europei e tutto il personale coinvolto, nel nuovo piano si propone di conteggiare la dimensione di genere relativa:

- (i) al responsabile scientifico;
- (ii) ai responsabili scientifici di ciascuna unità operativa interna all'IZSVe, rintracciabile attraverso l'attivazione di centri di costo (cdc) aggiuntivi.

La dimensione di genere verrà monitorata annualmente sulla base dei nuovi progetti approvati nell'anno. Si intende inoltre ampliare l'ambito di monitoraggio, includendo non solo i progetti europei, ma anche quelli nazionali e internazionali.

Infine, nei singoli progetti sarà monitorata l'esplicitazione della dimensione di genere lungo tutto il ciclo di vita della ricerca (ad esempio nella raccolta e analisi dei dati, nella metodologia, nei risultati o nelle conclusioni).

AREA 5. MISURE CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE, COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI

1. Obiettivo prioritario è diffondere la cultura dell'equilibrio di genere e sensibilizzare sui pregiudizi di genere, inclusi quelli c.d. "inconsci". Il primo passo verso l'adozione di comportamenti orientati all'equità e alla valorizzazione delle differenze consiste nel riconoscere e premiare professionalità e competenze, indipendentemente dal genere.

La formazione dovrà essere rivolta al personale a tutti i livelli, dirigenza e comparto, focalizzata sulle dimensioni di genere, sugli atteggiamenti e sulle responsabilità legate alle molestie, nonché sulle azioni previste nell'ambito del presente GEP.

Oltre alla formazione multilivello, si intende promuovere in modo capillare l'esistenza di canali dedicati all'ascolto e alla segnalazione delle molestie, in particolare quello della Consigliera di Fiducia, assicurando che tutto il personale sia informato della possibilità di rivolgersi a tale figura in forma anonima.

Per ciascuna delle aree di miglioramento sopra descritte viene redatto il Piano per l'uguaglianza di genere di seguito allegato, all'interno del quale sono individuati gli obiettivi, le misure da attuare, i relativi indicatori, il cronoprogramma quadriennale delle attività, nonché gli attori coinvolti.

Il gruppo di lavoro si riunirà con cadenza annuale per monitorare lo stato di avanzamento del presente Piano e redigere un verbale interno a documentazione delle attività svolte.

Piano per l'uguaglianza di genere – Gender Equality Plan

AREA 1. CONCILIAZIONE VITA-LAVORO E CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE

Obiettivi	Misure	Indicatori	Cronoprogramma				Strutture di supporto al conseguimento della misura
			2026	2027	2028	2029	
1. Mantenere e incentivare l'utilizzo dello strumento del lavoro agile	1.1 monitoraggio annuale dell'utilizzo dello strumento del lavoro agile e telelavoro	1.1.1 donne % e uomini % che usufruiscono del lavoro agile e del telelavoro su base annuale		X	X	X	SGRU
2. Sostenere la genitorialità e i carichi di cura tramite strumenti di flessibilità e solidarietà organizzativa	2.1 Prevedere l'utilizzo delle ferie solidali dipendenti con figli minori di 12 anni e <i>caregiver</i>	2.1.1 documento adottato		X			SGRU
		2.1.2 numero di dipendenti che usufruiscono delle ferie solidali				X	SGRU
	2.2 Creazione di posti auto per donne in stato di gravidanza	2.2.1 Valutazione della possibilità di individuare almeno n. 2 parcheggi rosa nei parcheggi della sede centrale				X	Servizio Tecnico
	2.3 Monitoraggio annuale dell'utilizzo dei permessi per <i>caregiving</i>	2.3.1 donne % e uomini % titolari di permessi ex Legge n. 104/1992 per l'accudimento di familiari		X	X	X	SGRU
	2.4 Verificare la fattibilità che il Concessionario del nido aziendale possa riconoscere una riduzione della retta per il personale IZSve	2.4.1 Avvio dell'interlocuzione con il concessionario	X				RUP / DEC Asilo nido

Gender Equality Plan (GEP) – Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

3. Esplorare i bisogni di conciliazione vita e lavoro, pari opportunità e individuare interventi che promuovano il benessere nell'ambiente lavorativo	3.1 Indagine interna per capire le reali necessità dei dipendenti della sede centrale e delle sezioni	3.1.1 creazione e somministrazione questionario	X		X		Osservatorio SGRU CUG
---	---	---	---	--	---	--	-----------------------

AREA 2. EQUILIBRIO DI GENERE NEGLI ORGANI DI GOVERNO E NEI PROCESSI DECISIONALI

Obiettivi	Misure	Indicatori	Cronoprogramma				Strutture di supporto al conseguimento della misura
			2026	2027	2028	2029	
1. Monitorare l'equilibrio di genere negli organi di governo e nei gruppi lavoro	1.1 monitoraggio degli organi governo	1.1.1 donne % negli organi di governo	X		X		Direzione Strategica Strutture competenti
	1.2 monitoraggio dei gruppi di lavoro	1.2.1 donne % sul totale dei gruppi di lavoro		X		X	CUG
	1.3 monitoraggio della componente femminile nelle commissioni	1.3.1 donne % sulla composizione delle commissioni di concorso	X	X	X	X	SGRU - Ufficio Concorsi

AREA 3. PARITÀ DI GENERE NEL RECLUTAMENTO E NELLA PROGRESSIONE DI CARRIERA

Obiettivi	Misure	Indicatori	Cronoprogramma				Strutture di supporto al conseguimento della misura
			2026	2027	2028	2029	
1. Valorizzazione di progetti di ricerca sanitaria dei ricercatori e delle ricercatrici dell'Istituto	1.1 Organizzazione di un evento	1.1.1 Incontro organizzato		X		X	Direzione Strategica Comunicazione
		1.1.2 n. relatori divisi per genere		X		X	Direzione Strategica Comunicazione

AREA 4. INTEGRAZIONE DELLA DIMENSIONE DI GENERE NELLA RICERCA E NELLA FORMAZIONE

Obiettivi	Misure	Indicatori	Cronoprogramma				Strutture di supporto al conseguimento della misura
			2026	2027	2028	2029	
1. Monitorare e promuovere la dimensione di genere nei progetti di ricerca	1.1 Valutare la distribuzione di genere nel ruolo di responsabile scientifico nei progetti di ricerca nazionali e internazionali	1.1.1 Monitoraggio annuale del n. di progetti di ricerca, con % suddivisa per genere: - del/della responsabile scientifico/a principale - dei/delle responsabili di Unità Operativa	X	X	X	X	UO Ricerca e Cooperazione Internazionale
	1.2 Incentivare i responsabili scientifici a considerare la dimensione di genere nella	1.2.1 Fornire ai responsabili scientifici <i>checklist</i> o <i>toolkit</i> idonei a considerare la dimensione di genere nell'intero ciclo della ricerca	X				UO Ricerca e Cooperazione Internazionale

	scrittura di progetti di ricerca europei	1.2.2 Monitoraggio annuale dei progetti che hanno considerato la dimensione di genere nella metodologia e/o nei risultati della ricerca		X	X	X	UO Ricerca e Cooperazione Internazionale
--	--	---	--	---	---	---	--

AREA 5. MISURE CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE, COMPRESSE LE MOLESTIE SESSUALI

Obiettivi	Misure	Indicatori	Cronoprogramma				Strutture di supporto al conseguimento della misura
			2026	2027	2028	2029	
1. Promuovere la consapevolezza e la cultura dell'uguaglianza di genere - rafforzare attitudini positive verso la diversità e la prevenzione di comportamenti discriminatori	1.1 Organizzazione di corsi di formazione rivolti al personale su dimensioni di genere, concetti, atteggiamenti e responsabilità legate alle molestie e alle discriminazioni di genere	1.1.1 Corso di formazione attivato		X		X	Formazione CUG
		1.1.2 n. partecipanti nell'anno		X		X	Formazione CUG
	1.2 Webinar informativo sulle differenze di genere e la valutazione dei rischi per la salute e sicurezza	1.2.1 Corso di formazione attivato	X		X		RSPP
		1.2.2 n. partecipanti nell'anno	X		X		RSPP
	1.3 Promozione di idonei canali di ascolto delle molestie	1.3.1 Individuazione dei canali da mettere a disposizione del personale		X			Direzione Strategica CUG