

## PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023-2025

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione**, in breve **PIAO**, previsto dall'articolo 6 del Decreto Reclutamento, D.L. n. 80/2021 convertito in Legge n. 113/2021, è stato introdotto come **adempimento semplificato** volto a **sostituire**, includendoli in un documento unico, una serie di piani che fino ad oggi le Amministrazioni erano tenute a predisporre distintamente e che si possono indicare nei seguenti:

- (i) il Piano degli obiettivi e il Piano della *performance*,
- (ii) il Piano del lavoro agile e il Piano della formazione,
- (iii) il Piano triennale del fabbisogno del personale
- (iv) il PTPCT ossia il Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Si tratta quindi di un **unico Piano articolato in sezioni specifiche** relative ai singoli aspetti della programmazione dell'Ente.

Il decreto-legge n. 80/2021 ha stabilito come obbligatoria l'adozione del PIAO per le Amministrazioni con più di 50 dipendenti e ha specificato che saranno definiti anche dei modelli di piano semplificato per le Amministrazioni con meno di 50 dipendenti. Tutte le Amministrazioni, quindi, sono tenute ad adottare il PIAO, in forma semplificata o ordinaria, mentre questo obbligo non è previsto per le società partecipate e gli Enti privati soggetti al controllo pubblico che di per sé restano comunque soggetti alla normativa in materia di anticorruzione.

L'adozione avviene in modalità esclusivamente digitale: il PIAO dovrà essere pubblicato sul sito dell'Ente e inviato al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri. La durata è triennale con obbligo di aggiornamento annuale (entro il 31 gennaio di ogni anno, a partire dal 2023). Per il PIAO 2023 il termine di approvazione è stato differito al 31 marzo 2023.

Il PIAO definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della *performance*;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, gli obiettivi formativi finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
- 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;
- l'elenco delle procedure da semplificare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle Amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
- le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

Il PIAO è strutturato, sulla base di quanto stabilito dal Decreto Ministeriale e dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (approvati il 24 giugno 2022 e pubblicati sulla G.U. n. 151 del 30 giugno 2022), in quattro sezioni e relative sottosezioni:

### SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE

#### 1. SCHEDA ANAGRAFICA

Contiene la presentazione dell'Ente (Chi siamo): il Territorio di competenza (Dove ci troviamo), le Attività (Cosa facciamo) e il Modello (Come operiamo).

**SEZIONE DI  
PROGRAMMAZIONE**

**2. VALORE PUBBLICO – PERFORMANCE – ANTI-CORRUZIONE**

**2.1**

**VALORE PUBBLICO**

Contiene l'esplicitazione della Vision dell'Istituto e la declinazione del Valore Pubblico e dei relativi impatti rispetto alle funzioni e alle attività attribuite dalla normativa vigente.

**2.2**

**PERFORMANCE**

Contiene il piano strategico per l'attuazione della missione istituzionale e della visione aziendale e gli elementi che erano propri del Piano triennale della Performance previsto dal D.Lgs. 150/2009. Riporta l'individuazione delle Aree Strategiche e per ciascuna la declinazione degli Obiettivi Strategici (descrizione), gli indicatori e i risultati attesi nel periodo di riferimento del Piano.

**2.3**

**RISCHI CORRUTTIVI**

Contiene gli elementi che erano propri del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza previsto dalla Legge n. 190/2012 e dal D.Lgs. n. 33/2013.

**2.4**

**AZIONI POSITIVE**

Contiene gli elementi che erano propri del Piano triennale delle azioni positive in materia di Pari Opportunità previsto dal D.Lgs. n. 198/2006.

**SEZIONE DI  
PROGRAMMAZIONE**

**3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

**3.1**

**STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

Contiene l'assetto organizzativo dell'Ente, le relative rappresentazioni grafiche e la descrizione degli altri Organi ed Organismi operanti in seno all'Istituto.

**3.2**

**ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**

Contiene gli elementi che erano propri del POLA (Piano operativo per il lavoro agile).

**3.3**

**PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

Contiene gli elementi che erano propri del documento di programmazione triennale previsto dall'articolo 6 del D.Lgs. n. 165/2001.

**3.3.1**

**FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Riporta il piano annuale della formazione del personale dipendente.

**SEZIONE DI  
PROGRAMMAZIONE**

**4. MONITORAGGIO**

Contiene le modalità e le procedure per effettuare l'attività di controllo sull'attuazione del Piano.

## Sezione 1 – SCHEDA ANAGRAFICA

### Chi siamo

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche (IZSUM) nato nel 1936, è un Ente Sanitario di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'IZSUM rappresenta lo strumento tecnico-scientifico ed operativo del Ministero della Salute e delle Regioni Umbria e Marche per quanto riguarda: la sanità animale, il controllo di salubrità degli alimenti di origine animale e dei vegetali non trasformati, l'igiene degli allevamenti, il benessere degli animali ed il corretto rapporto tra insediamenti umani, animali ed ambiente. Nell'Istituto operano diverse figure professionali, anche di alta specializzazione, quali veterinari, biologi, chimici e tecnici di laboratorio.

### Territorio di Competenza Amministrativa

La Figura 1 Territorio di competenza IZSUM indica il territorio di competenza dell'IZSUM, l'area di riferimento è costituita dalle Regioni Umbria e Marche per una superficie complessiva di 17.865 km<sup>2</sup> sulla quale risiedono 2.345.962 abitanti<sup>1</sup>. Il territorio complessivo è suddiviso in sette province, Perugia e Terni per l'Umbria ed Ancona, Pesaro-Urbino, Macerata, Fermo ed Ascoli Piceno per le Marche



*Figura 1 Territorio di competenza IZSUM*

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche ha sede legale a Perugia in via Salvemini, 1 ed opera nel territorio di competenza attraverso 5 sezioni territoriali:

- Terni, via Carlo Alberto dalla Chiesa 78;
- Pesaro, via Canonici 140;
- Ancona, via Cupa di Posatura 3;
- Tolentino via Maestri del Lavoro, Contrada Cisterna;

---

<sup>1</sup> Fonte ISTAT 2022

- Fermo, Contrada S. Martino 6.

## Cosa Facciamo

L'attività dell'IZSUM è articolata nei seguenti ambiti:

### Centri di eccellenza

#### *Centri di Referenza Nazionale*

I Centri di Referenza Nazionale (CdRN), localizzati presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. Le loro funzioni, in base all'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, sono finalizzate, tra l'altro, a: confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori; attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; avviare idonei "ring test" tra gli II. ZZ. SS.; utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; predisporre piani d'intervento; collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi; fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche. I Centri di referenza nazionali sono veri e propri centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni Internazionali con le quali collaborano. I CdRN, infatti, attuano attraverso diverse forme di collaborazione, programmi di cooperazione per favorire lo sviluppo di competenze scientifiche avanzate in quei Paesi che desiderano compiere concreti sforzi in termini di crescita ed innovazione. Tutti i Paesi in via di sviluppo trovano nei Centri di Referenza Nazionale una straordinaria fonte di conoscenza alla quale attingere per il miglioramento della gestione manageriale e tecnico-scientifica delle proprie strutture veterinarie. I CdRN sono punto di riferimento delle Organizzazioni Internazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale e l'Agenzia delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura. Tali Organizzazioni chiedono, infatti, ai Centri di Referenza di mettere a disposizione le tecnologie, i servizi, i prodotti diagnostici e profilattici, e la formazione per sostenere la crescita dei Paesi membri.

I CdRN presso l'IZSUM sono:

- Centro di referenza nazionale per lo studio delle malattie da pestivirus e da asfivirus (CEREP)
- Centro di referenza nazionale per lo studio dei retrovirus correlati alle patologie infettive dei ruminanti (CE-REL)
- Centro di referenza nazionale per il controllo microbiologico e chimico dei molluschi bivalvi vivi (Ce.Re.M.)
- Centro di referenza nazionale per la rinotracheite infettiva del bovino (IBR)

#### *Centri di riferimento Regionali per gli enterobatteri patogeni*

Gli Assessorati Regionali alla Sanità dell'Umbria e delle Marche, hanno affidato all'IZSUM le funzioni di Laboratorio di Riferimento Regionale per la Sorveglianza delle infezioni da batteri Enteropatogeni. Le attività dei Centri (Perugia per l'Umbria e Tolentino (MC) per le Marche consistono essenzialmente in:

- Tipizzazione dei ceppi di *Salmonella* spp, *Campylobacter* spp, *Listeria monocytogens*, *Vibrio* spp ed altri patogeni inviati dai laboratori periferici di microbiologia umana, animale, alimentare ed ambientale;
- Identificazione della sensibilità agli antibiotici sui ceppi pervenuti;
- Inserimento dei dati epidemiologici nei database nazionali nell'ambito della sorveglianza di laboratorio (ENTERNET, ENTERVET, IRIDA-ARIES).

## Centro Regionale di Farmacovigilanza

La Regione Umbria nel 2012, ha istituito il Centro regionale di Farmacovigilanza, collocato funzionalmente presso l'IZSUM. Il Centro ha il compito fondamentale di controllare costantemente il farmaco veterinario durante il suo impiego nella pratica e di accertare la comparsa di sospette reazioni avverse sia per gli animali sia per l'uomo sia per l'ambiente e quindi come ultima analisi di valutare il rischio/beneficio dell'impiego di un farmaco.

## Compiti Istituzionali e non Istituzionali

L'Istituto effettua accertamenti analitici nell'ambito dei piani di profilassi, risanamento ed eradicazione delle malattie infettive e diffuse. L'IZSUM svolge la sua attività adoperandosi per dare risposte rapide in situazioni di emergenza (epidemiche e non epidemiche). Nel campo dell'igiene degli alimenti, costituisce un importante punto di riferimento e di supporto tecnico-scientifico per le strutture che si occupano di controllo ufficiale, ma anche di sussidio alle imprese per lo svolgimento dell'autocontrollo, finalizzando il suo intervento alla tutela igienico-sanitaria delle produzioni ed allo sviluppo del sistema produttivo agro-alimentare regionale e nazionale. L'Istituto è autorizzato dal Ministero della Salute alla produzione, commercializzazione e distribuzione di vaccini e presidi per la profilassi e la diagnosi delle malattie degli animali.

## Sanità Animale e il Benessere Animale

Da sempre l'Istituto ha investito notevoli risorse nel settore della Sanità Animale mediante un Servizio Diagnostico che si esplica ad ampio raggio nell'ambito dei settori di maggior interesse zootecnico (bovino, suino, cunicolo, ...) e si realizza con prestazioni che non si limitano alle sole analisi di laboratorio, ma che comprendono anche interventi in allevamento.

L'accertamento dei livelli del Benessere Animale è funzionale all'attività di certificazione delle filiere alimentari, in linea con le attuali direttive dell'U.E. sulla qualità delle produzioni zootecniche, intesa come qualità totale del processo produttivo, e sulla valorizzazione delle produzioni locali tipiche.

I processi *core* della sanità animale sono tre:

1. Sorveglianza attiva: controllo delle patologie sul territorio al fine di prevenire e gestire la diffusione delle principali patologie negli animali di interesse zootecnico;
2. Sorveglianza passiva: gestione delle patologie quando sono già presenti in allevamento al fine di ridurre il danno economico e soddisfare i portatori di interesse;
3. Piani Istituzionali: sorveglianza sulle malattie soggette e monitorate nei Piani.

## Sicurezza Alimentare

La sicurezza Alimentare risponde all'obiettivo primario delle programmazioni sanitarie nazionali e regionali, in armonia con la politica dell'Unione Europea, e prevede l'utilizzo della "valutazione del rischio" come strumento per garantire la salubrità degli alimenti. Il controllo delle filiere alimentari si concretizza sia a supporto dell'attività pianificata dagli organi del SSN che, nell'ambito dell'attività di autocontrollo, a operatori economici delle produzioni primarie e della trasformazione.

I processi *core* per quanto riguarda la sicurezza alimentare sono:

1. Attività di analisi rivolta agli utenti istituzionali e non
2. Consulenza tecnico-scientifica

3. L'elaborazione dei dati ai fini della valutazione del rischio
4. Supporto tecnico ai piani di controllo ordinari e straordinari

## La ricerca

Compito dell'Istituto è la ricerca sperimentale sulla eziologia, la patogenesi e la profilassi delle malattie infettive degli animali, e in particolare delle zoonosi, ovvero le malattie degli animali che sono trasmissibili all'uomo. Provvede inoltre allo studio e alla sperimentazione di metodologie per il controllo della salubrità degli alimenti di origine animale, dei vegetali non trasformati dell'alimentazione del bestiame.

L'attività di ricerca scientifica all'interno dell'Istituto ha sempre avuto un carattere "applicativo", spesso focalizzato all'approfondimento di problematiche emergenti dal territorio, con ricadute immediate e concrete sulla pratica zootecnica, sulla sanità animale o sul controllo delle produzioni alimentari. Particolare attenzione è stata quindi sempre posta allo sviluppo di metodi analitici per la diagnosi di malattie trasmissibili, di presidi immunizzanti innovativi o non reperibili commercialmente, ad indagini di carattere epidemiologico per la valutazione dell'impatto delle problematiche sanitarie nel territorio e a studi tesi alla valorizzazione delle produzioni alimentari. Nel settore chimico sono stati messi a punto metodi analitici multiresiduali e multiclasse (volti alla ricerca di più sostanze contemporaneamente nello stesso campione) che hanno consentito di rendere altamente efficace ed efficiente la ricerca di sostanze xenobiotiche potenzialmente pericolose per la salute in alimenti e mangimi. La ricerca rappresenta uno strumento di crescita culturale continua per l'Istituto, attraverso l'aggiornamento dei ricercatori che si aprono a collaborazioni scientifiche con altri Enti e strutture, pubbliche o private, sia a livello nazionale che internazionale.

La ricerca svolta dall'Istituto si alimenta attraverso fonti diverse di finanziamento; in primis è sostenuta da fondi pubblici erogati dal Ministero della Salute attraverso i bandi di ricerca corrente e finalizzata, ma trasversalità delle attività di ricerca permette di accedere anche ad altre fonti di origine Regionale, Nazionale (Ministero delle Politiche Agricole), o Comunitario.

## Sistema Qualità

Dal 1998 l'Istituto ha avviato il processo d'implementazione del Sistema Qualità recependo quanto stabilito dalle normative di riferimento ha ottenuto il riconoscimento dell'accreditamento dal SINAL. Attualmente l'Ente terzo dotato di mutuo riconoscimento internazionale è ACCREDIA. L'accreditamento si basa sulla verifica della competenza tecnica del laboratorio a effettuare specifiche prove o determinanti tipi di prova, e sulla valutazione del sistema qualità del laboratorio. I laboratori di prova dell'Istituto che eseguono prove accreditate operano conformemente ai criteri stabiliti dalla norma UNI CEI ISO/IEC 17025:2018 il numero di accreditamento dell'IZSUM è 0217. Il Sistema di Gestione della Qualità dell'IZSUM è inoltre certificato UNI EN ISO 9001:2015 per la produzione di terreni di coltura e soluzioni per uso laboratoristico prodotti dall'CSQA dal 2017. L'elenco aggiornato delle prove accreditate è disponibile sul sito di ACCREDIA ([www.accredia.it](http://www.accredia.it)) ma anche nel sito aziendale [www.izsum.it](http://www.izsum.it) è stato previsto il collegamento al sito di Accredia che rimanda all'elenco prove accreditate all'IZSUM.

## L'Osservatorio Epidemiologico

L'Osservatorio Epidemiologico ha una funzione interdisciplinare ed opera in raccordo funzionale con le altre strutture tecnico-scientifiche dell'Istituto, i Servizi Veterinari Pubblici, le Regioni Umbria e Marche ed il Ministero della Salute. Svolge la propria attività nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria con obiettivi di prevenzione primaria e secondaria così da ottenere le informazioni necessarie che possono costituire un prezioso ausilio per gestire il processo decisionale relativo alla pianificazione e programmazione sanitaria.

L'Osservatorio Epidemiologico Veterinario dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" si occupa fundamentalmente di progettazione, elaborazione, raccolta dati ed interventi in situazioni di emergenza, attività che determinano l'acquisizione della conoscenza dello stato sanitario degli animali, degli alimenti di origine animale e dell'ambiente.

## Come operiamo

L'IZSUM si avvale di rapporti e collaborazioni con Istituzioni e organizzazioni che operano nei diversi settori di interesse pertanto le attività dell'Istituto sono rivolte ad un elevato numero di "portatori di interesse", differenti in termini di aspettative, competenze e richieste.

I portatori di interesse o "stakeholder" (Figura 2. Stakeholder dell'IZSUM) sono non solo i soggetti con un rapporto diretto con l'IZSUM (utenti, fornitori, personale dell'IZSUM, cittadini, organizzazioni sindacali), ma anche tutti coloro le cui azioni possono direttamente o indirettamente avere riflessi sulle scelte operate e da operare (collettività, Pubblica Amministrazione centrale e periferica, Istituzioni pubbliche, Società private, ecc.).

In particolare, la molteplicità delle attività affidate all'Istituto, l'impegno nella ricerca, i contatti con altri Enti, Governi e Istituzioni a livello nazionale ed internazionale fanno sì che il panorama dei "portatori di interesse" sia estremamente ampio e diversificato.

In pratica gli utenti dei servizi dell'Istituto sono i veterinari, le imprese alimentari, gli enti pubblici coinvolti nella sicurezza alimentare, sanità e benessere animale delle regioni Umbria e Marche. L'Istituto ha anche numerosi portatori di interesse in campo internazionale ed è referente di diversi progetti di cooperazione con i paesi membri di tali organizzazioni internazionali e della Commissione Europea.

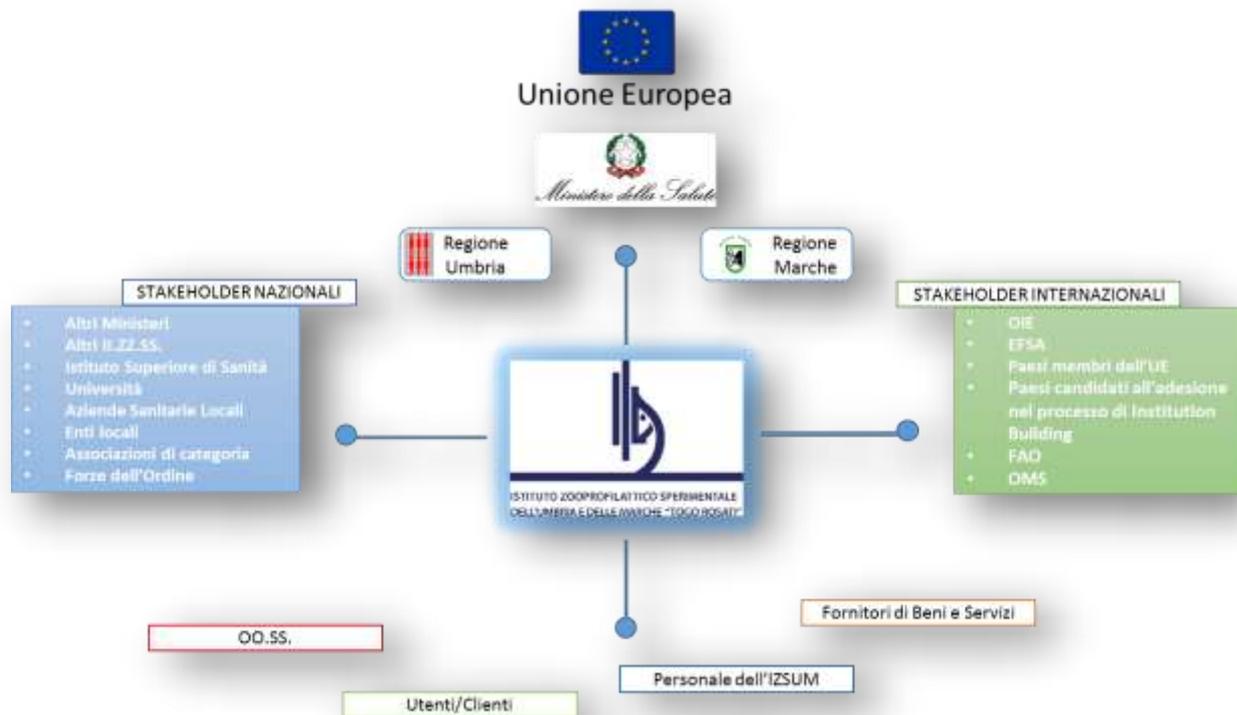


Figura 2. Stakeholder dell'IZSUM

### *Controllo su Enti di diritto privato*

L'Istituto fa parte dell'Associazione di scopo denominata "Associazione Istituti Zooprofilattici Sperimentali" di seguito "AIZS", costituita in data 17 febbraio 2011, con sede legale nel Comune di Brescia, via Antonio Bianchi n. 9, presso la sede dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER). L'AIZS ha durata indeterminata e non ha scopo di lucro in quanto ha la finalità di promuovere lo sviluppo del sistema qualità negli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e di rappresentare le esigenze e gli interessi degli Istituti stessi in seno all'Ente di Accreditamento ACCREDIA.

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

Essendo l'AIZS un ente di diritto privato soggetto a controllo pubblico con un bilancio inferiore ad euro 500.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 2-bis, della Legge 190/2012 e dell'art. 2-bis, del D. Lgs. 33/2017, dal 2017 non è soggetta alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste per le pubbliche amministrazioni. Pertanto, per il triennio 2023-2025 non sarà approvato il PTPC e non saranno aggiornate le pubblicazioni previste in materia di trasparenza, così come comunicato dal RPCT dell'Associazione con nota prot. 830 del 18 gennaio 2017.

### *Società partecipate*

Con Delibera del Direttore Generale n. 355 del 29 luglio 2020 l'Istituto ha aderito al consorzio Umbria Digitale S.c.a.r.l. in qualità di socio consorziato con una quota di partecipazione pari allo 0,000784% cui corrisponde il versamento del contributo annuo di euro 6.014,25.

La Società "UMBRIA DIGITALE S.c. a r.l.", istituita con la legge regionale della regione Umbria n. 9/2014 (art.11), è a totale capitale pubblico e non ha scopo di lucro, ma consortile e precisamente quello di istituire una organizzazione e strutture comuni a servizio della Regione Umbria e delle altre agenzie o organismi pubblici in essa consorziati, al fine di promuovere lo sviluppo del settore ICT locale. La Società "UMBRIA DIGITALE S.c. a r.l." è soggetta alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste per le pubbliche amministrazioni. Ai sensi dell'[art. 10, c.8, lett a, dlgs 33/2013](#) pubblica nel sito web istituzionale ([www.umbriadigitale.it](http://www.umbriadigitale.it)) il proprio PTPCT.

A decorrere dal 1° gennaio 2022 la Società Umbria Digitale Scarl è stata oggetto di fusione per incorporazione con la Società Umbria Salute Scarl ai sensi della Legge Regionale dell'Umbria n. 13 del 2 agosto 2021. L'Istituto ha preso atto del progetto di fusione con Delibera del Direttore Generale n. 317 del 16 settembre 2021; l'Assemblea dei Soci, in sessione straordinaria, in data 28 ottobre 2021 ha deliberato la predetta fusione nella nuova società denominata "PuntoZero S.c. a r.l."; nella nuova società l'Istituto possiede quote per € 29,22 pari allo 0,000731% del capitale sociale stabilito in € 4.000.000. La nuova società opererà sempre in regime di "in house providing". L'Assemblea dei Soci, in data 30 gennaio 2023, ha approvato il PTPCT che è stato pubblicato sul sito web istituzionale ([www.puntozeroscarl.it](http://www.puntozeroscarl.it)).

## Sezione 2.2 – Valore Pubblico

La **missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni è la creazione di Valore Pubblico** a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

L'IZSUM contribuisce alla creazione di Valore Pubblico producendo impatti di tipo sanitario, economico e sociale in grado di attuare un miglioramento del livello della salute Pubblica Veterinaria, in un'ottica "*one health*"; attraverso piani di prevenzione e sorveglianza, che indirettamente garantiscono la salute e il benessere degli animali e la sicurezza alimentare.

È comunque importante sottolineare che il Valore Pubblico generato è sostenuto anche dalla capacità dell'Istituto di raggiungere i suoi fini istituzionali, attraverso un maggior efficientamento del sistema gestionale, un'attenzione particolare alla riduzione dei costi e alla valorizzazione del proprio patrimonio.

### La Vision dell'Istituto

In un contesto esterno che richiede la massima flessibilità per contrastare nuove e vecchie problematiche relative alla salute animale e alla sicurezza alimentare, raccogliere la sfida dell'innovazione dei prodotti e dei processi e della digitalizzazione è l'imperativo per garantire la sostenibilità di tutte le attività dell'IZSUM, e cogliere le opportunità rappresentate dalle fonti di finanziamento esterne (nazionali, regionali ed europee).

Con questo spirito la nuova Direzione ha definito la **vision** dell'Istituto, costruita intorno alle parole chiave più rilevanti per lo sviluppo dell'Ente.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e della Marche si prefigge di contribuire a sviluppare la salute nei territori di competenza secondo un **approccio "one health"**, **promuovendo** la salute ed il **benessere animale** e la **sicurezza alimentare**, attraverso la **ricerca applicata**, l'**innovazione tecnologica e logistica**, l'**appropriatezza tecnico scientifica dell'offerta analitica**, lo **sviluppo delle competenze** del personale, con massima attenzione alla **soddisfazione dei clienti istituzionali e privati (customer satisfaction)**.

La Vision dell'IZSUM, è traducibile in termini di Valore Pubblico, sia come incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) sia come capacità dell'ente di perseguire questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse, presidiando non solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto ma anche "come viene prodotto", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo; pertanto il Valore Pubblico diventa la nuova frontiera delle performance, consentendo alla Pubblica Amministrazione di mettere queste ultime a sistema e di finalizzarle verso lo scopo del mantenimento delle promesse di mandato (performance istituzionali) e del miglioramento delle condizioni di vita dell'ente e dei suoi utenti.

La performance organizzativa, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, dovrà essere misurata attraverso indicatori di impatto (*outcome*) individuati secondo le seguenti tipologie:

- **impatto sociale**: esprime l'impatto indotto sulle varie componenti della società e sulle relative condizioni sociali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto allo stato di bisogno;

- **impatto economico:** esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del tessuto economico e sulle relative condizioni economiche e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione economica di partenza;
- **impatto ambientale:** esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del contesto geo-morfologico in cui opera l'amministrazione e sulle relative condizioni ambientali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione ambientale di partenza.

Inoltre gli impatti si differenziano in "diretti" ossia quando sono in grado di generare con una azione diretta il loro valore pubblico oppure "indiretti", quando in maniera indiretta generano il loro valore pubblico perché sono all'interno della catena dei valori.

Con riferimento alle funzioni assegnate dalla vigente normativa all'IZSUM è possibile sintetizzare quanto sopra rappresentato come segue:

AMBITO	VALORE PUBBLICO	IMPATTO
Sanità Animale	Capacità di intervenire e di incidere sul sistema di prevenzione e controllo finalizzato al contenimento della diffusione delle malattie animali, delle zoonosi in ottica di "one-health"	Sanitario: riduzione del rischio di diffusione di malattie infettive e zoonosi; riduzione degli antibiotici e della diffusione dell'antibiotico-resistenza Economico: minori costi per il SSN
Sicurezza Alimentare	Capacità di intervenire e di incidere sul sistema di prevenzione e controllo degli alimenti finalizzato al contenimento delle infezioni e delle intossicazioni e di identificare la presenza di xenobiotici potenzialmente pericolosi per la salute umana ed animale.	Sanitario: riduzione del rischio di diffusione di infezioni. Riduzione del rischio di intossicazioni acute dovute all'ingestione di xenobiotici. Riduzione del rischio di sviluppare malattie croniche a seguito dell'assunzione nel tempo di sostanze ad effetto mutageno, cancerogeno e mutageno. Economico: minori costi per il SSN
Benessere Animale	Capacità di garantire il benessere degli animali (da reddito e da affezione)	Sanitario: riduzione del rischio di malattie degli animali e riduzione dell'uso dei farmaci  Economico: riduzione dei costi dell'uso dei farmaci  Sociale: consenso dell'opinione pubblica per migliori condizioni di vita degli animali
Ricerca	Incremento delle conoscenze scientifiche finalizzato ad accrescere le competenze negli ambiti di intervento dell'Istituto per contribuire ad elevare	Economico: maggiore livello benessere sanitario della collettività



i servizi di sanità pubblica veterinaria  
da rendere alla collettività

## Sezione 2.2 – Performance

### Un piano strategico per lo sviluppo della Vision: *le Aree Strategiche dell'IZSUM*

L'Istituto, prendendo avvio dalla Vision sopra descritta, per la definizione delle Performance triennale ha adottato una strategia nuova, centrata su quattro elementi fondamentali:

- ✓ **Semplificazione;**
- ✓ **Trasparenza;**
- ✓ **Accountability;**
- ✓ **Partecipazione.**

La **semplificazione** ha portato a riassumere tutte le attività dell'IZSUM in **5 Aree strategiche**, 4 correlate alle attività tipiche ed una relativa al governo complessivo dell'Ente:

- **Area Strategica 1 (AS1): SANITÀ E BENESSERE ANIMALE;**
- **Area Strategica 2 (AS2): SICUREZZA ALIMENTARE;**
- **Area Strategica 3 (AS3): RICERCA;**
- **Area Strategica 4 (AS4): PRODUZIONI E ATTIVITÀ COMMERCIALI;**
- **Area Strategica 5 (AS5): GOVERNANCE INTERNA.**

Nel Piano, per ciascuna Area strategica sono esplicitati in modo chiaro gli Obiettivi da conseguire nell'arco del triennio 2023/2025 (**Obiettivi strategici - OS**), rendendo quindi **trasparente** gli impegni dell'Istituto nei confronti dei propri stakeholder interni ed esterni.

Per ciascun obiettivo, nella logica dell'**accountability**, sono stati individuati gli **indicatori di valutazione** con i valori di riferimento da conseguire (**valori attesi**).

Complessivamente la struttura del Piano si concretizza, quindi, come sintetizzato nella tabella seguente, oltre che nelle **5 Aree Strategiche**, in **23 Obiettivi strategici** e **47 Indicatori**.

La struttura delle Aree Strategiche e dei relativi Obiettivi Strategici ed Indicatori, è stata condivisa con la dirigenza, adottando una logica *bottom - up* che ha favorito la più ampia **partecipazione** nel processo di pianificazione e programmazione di chi riveste una responsabilità gestionale all'interno dell'Ente.

	Aree Strategiche	Obiettivi strategici	Indicatori
1.	Sanità e benessere animale	4	10
2.	Sicurezza e qualità alimentare	4	9
3.	Ricerca, sviluppo e cooperazione internazionale	3	6
4.	Produzioni e attività commerciale	3	4
5.	Governance interna	10	23
	<b>Totale</b>	<b>24</b>	<b>52</b>
	<b>Media indicatori</b>		<b>2,16</b>

## L'integrazione del livello strategico con il livello operativo

Per rendere coerente il livello di pianificazione strategica con il livello della programmazione operativa, che si concretizza nella predisposizione dei budget annuali di Unità Operativa, si procederà ad individuare, per ciascun **Obiettivo Strategico** i relativi **Obiettivi Operativi** da conseguire anno dopo anno, con **Indicatori**, **Valori attesi** e **Articolazioni Organizzative responsabili** del loro raggiungimento.

In tal modo è stato strutturato il cosiddetto "cascading" degli obiettivi, giungendo a tracciare la **mappa strategica** completa dell'attività dell'Ente nel triennio, favorendo così un più semplice aggiornamento per scorrimento degli obiettivi annuali inseriti nei budget di UU.OO.

Di seguito, dopo una breve descrizione del focus di ciascuna Area Strategica, vengono elencati e descritti tutti i 23 Obiettivi Strategici con i relativi Indicatori e Valori attesi nel triennio di riferimento.

### AREA STRATEGICA 1 – SANITÀ E BENESSERE ANIMALE

L'Istituto deve assicurare un costante e puntuale monitoraggio sanitario sul territorio di competenza, operando a favore della salute pubblica e delle attività produttive del settore agro-alimentare nel rispetto dei valori etici, al fine dello sviluppo socio-economico del paese. I territori umbri e marchigiani hanno raggiunto, negli ultimi anni, situazioni estremamente favorevoli rispetto alle principali patologie infettive, per le quali sono stati da tempo messi in atto i sistemi di sorveglianza obbligatori a livello nazionale. La zootecnia, per mantenere un soddisfacente livello di redditività delle aziende e garantire un adeguato futuro al comparto, deve però affrontare nuove sfide di mercato. Tra queste, una delle più importanti è rappresentata dal rapporto di fiducia con i consumatori messo in discussione da episodi particolarmente critici (BSE, Influenza Aviaria, Peste Suina, ecc.) e dal fenomeno allarmante dell'antimicrobica resistenza.

In questa cornice l'Area Strategica 1, Sanità e Benessere Animale, ha come principali campi di interesse l'attività diagnostica sugli animali da reddito e quella di supporto agli allevatori, l'attività diagnostica sugli animali da compagnia, la diagnosi ed il controllo delle malattie degli animali sinantropi e selvatici.

Tali attività si basano sull'analisi clinica, eziopatogenetica ed anatomo-istopatologica delle principali malattie infettive, metaboliche e parassitarie, con particolare attenzione alle zoonosi. Tutto ciò fa sì che si possano avere informazioni di tipo epidemiologico sulle malattie presenti nei nostri territori, permettendo di valutarne l'impatto all'interno della popolazione animale presente.

#### **Gli obiettivi strategici individuati nella AS.1 sono i seguenti:**

##### *Obiettivo strategico 1.1 Contribuire al contenimento del fenomeno dell'antimicrobica resistenza*

La resistenza agli antibiotici rappresenta, al momento, il problema di maggiore urgenza nel nostro Paese, per il quale sono necessarie azioni di prevenzione e controllo. L'uso indiscriminato di antibiotici, infatti, ha determinato l'aumento di batteri patogeni resistenti, con conseguente difficoltà nel controllo degli eventi morbosi di natura infettiva negli animali d'allevamento e compagnia; aumenta inoltre anche la possibilità che ceppi resistenti di origine animale siano trasmessi all'uomo, attraverso gli alimenti e/o l'ambiente.

Il medico veterinario deve usare l'antibiotico dopo aver fatto una corretta diagnosi; per arrivare ad una diagnosi certa circa la causa primaria della malattia, il professionista utilizzerà gli strumenti che gli sono propri: una corretta anamnesi, una visita clinica e gli esami di laboratorio a supporto.

Le diagnostiche dell'IZSUM possono dare un grande contributo all'attività nel territorio, definendo degli iter diagnostici basati su protocolli standardizzati e condivisi (anche condivisi in maniera informatizzata via web). Per poter arrivare alla diagnosi con accuratezza nel più breve tempo possibile, in modo da indirizzare la scelta terapeutica privilegiando molecole a spettro ristretto, seguendo quanto previsto dalle linee guida internazionali riguardanti il corretto utilizzo del farmaco.

All'attività diagnostica si lega la produzione di presidi immunizzanti in particolare vaccini stabulogeni, il cui utilizzo può contribuire ulteriormente ed in maniera sensibile alla riduzione del farmaco in allevamento. Per facilitare.

L'impiego di vaccini autogeni congiuntamente ad un innalzamento di procedure di biosicurezza delle aziende, risulta essere la migliore strategia per migliorare il benessere degli animali, dell'allevatore e della collettività.

#### *Obiettivo strategico 1.2 Contribuire a contenere le emergenze epidemiche a livello regionale e nazionale*

In ambito veterinario le epidemie comportano gravi conseguenze per la salute degli animali, ingenti perdite economiche per le filiere alimentari e, in alcuni casi, rappresentano un grave rischio per l'uomo. Rappresentano quindi situazioni di emergenza che bisogna gestire prevedendo una corretta organizzazione, una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità ed un'adeguata formazione del personale. Anche in quest'ambito è importante disporre di protocolli condivisi che permettano di mettere in campo le azioni necessarie in modo corretto e tempestivo.

Per questi motivi appare strategico il ruolo dell'IZSUM a livello nazionale come Centro di Referenza Nazionale per lo studio delle malattie da Pestivirus e Asfivirus (CEREP) e a livello regionale come personale Dirigente operante nei Poli Territoriali e nell'Osservatorio Epidemiologico, nella partecipazione ai tavoli di lavoro, o gruppi operativi per il coordinamento delle attività da mettere in atto in fase di emergenza o nelle fasi preparatorie. Altrettanto strategico è il ruolo dei laboratori che collaborano con il territorio per l'esecuzione dei prelievi e delle attività diagnostiche necessarie per l'esecuzione dei piani di sorveglianza e di emergenza.

#### *Obiettivo strategico 1.3 Migliorare l'attività rivolta alle popolazioni animali selvatiche e sinantropiche nel rispetto del Reg (UE) 2016/429*

La sorveglianza della fauna selvatica rappresenta attualmente un elemento di importanza strategica per la Sanità Pubblica in generale e per la Sanità Pubblica Veterinaria in particolare. L'IZSUM ha da tempo sviluppato questo argomento e si candida a gestirne le problematiche nel territorio di competenza attraverso strategie di intervento razionale. A questo scopo coordina le attività diagnostiche sugli animali selvatici, sia come attività diagnostica corrente, sia per le attività progettuali, pianificate nelle due regioni, con il Ministero della Salute e con i Centri di Referenza Nazionali attraverso il Centro Biregionale per le malattie degli Animali Selvatici (SELVAN).

Gli animali a vita libera rappresentano un indicatore prezioso per la sorveglianza di alcune patologie trasmissibili di interesse per gli animali zootecnici e dell'uomo e di alcune contaminazioni chimiche ambientali. È pertanto necessario rafforzare e rendere uniformi e sistematiche alcune attività diagnostiche nella sede centrale e nelle sedi territoriali, per contribuire con dati attendibili alla valutazione del rischio di tali problematiche sanitarie. Per questi motivi saranno concordati e validati alcuni protocolli diagnostici e saranno portate avanti azioni di sensibilizzazione per aumentare numericamente le attività diagnostiche.

#### *Obiettivo strategico 1.4 Incrementare l'assistenza alle filiere agro-zootecniche*

I territori di competenza dell'IZSUM hanno raggiunto, negli ultimi anni, situazioni favorevoli rispetto alle principali patologie infettive per le quali sono stati da tempo messi in atto sistemi di sorveglianza obbligatori a livello nazionale. La zootecnia per mantenere un soddisfacente livello di redditività delle aziende e garantire un adeguato futuro al comparto deve però affrontare nuove sfide di mercato per ridurre l'uso degli antibiotici, ridurre le emissioni e rispondere alla domanda di prodotti alimentari di qualità da parte dei consumatori. Partendo proprio dalle caratteristiche intrinseche del territorio di nostra competenza e dalla tipologia esistente di insediamenti l'Istituto può coadiuvare gli operatori della filiera agro-zootecnica attraverso un'attività di consulenza, supporto analitico e formazione, anche in linea con i programmi di supporto economico messi a disposizione dai fondi comunitari per il tramite delle regioni di competenza



ISTITUTO ZOOPIROFILATTICO SPERIMENTALE  
DELL'UMBRIA E DELLE MARCHE "TOSCO ROSATI"

(PSR). Tali attività insieme alla ricerca e sperimentazione, sono ambiti di interesse di tutte le strutture che in Istituto si occupano di sanità animale.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI	VALORE ATTESO
<b>O.S. 1.1</b> <b>Contribuire al contenimento del fenomeno dell'antimicrobico resistenza</b>	Numero protocolli diagnostici e di intervento applicati e distribuiti tramite il sito web istituzionale nel triennio	≥ 9
	% di incremento del numero di test di sensibilità agli antibiotici effettuati con metodo MIC nel triennio rispetto al triennio precedente	≥ 60%
	Numero di eventi informativi e formativi rivolti a stakeholder interessati alla problematica ATBR realizzati nel triennio	≥ 3 per Regione
<b>O.S. 1.2</b> <b>Contribuire a contenere le emergenze epidemiche a livello regionale e nazionale</b>	% di contributi forniti alla stesura di procedure operative e protocolli su quelli richiesti nel triennio	≥ 90%
	% di contributo forniti agli organi istituzionali per la stesura di piani e linee guida su quelli richiesti nel triennio	≥ 90%
<b>O.S. 1.3</b> <b>Migliorare l'attività rivolta alle popolazioni animali selvatiche e sinantropiche nel rispetto del Reg (UE) 2016/429</b>	Numero di nuovi protocolli diagnostici messi a punto in questo settore nel triennio condivisi sul sito WEB istituzionale	≥ 6
	% di contributi forniti agli organi istituzionali per la stesura di piani, linee guida su quelli richiesti nel triennio	≥ 90%
<b>O.S. 1.4</b> <b>Incrementare l'assistenza alle filiere agro-zootecniche</b>	% di diagnosi effettuate con applicazione del protocollo (Numero diagnosi effettuate con applicazione protocolli/numero diagnosi totali*100) nel triennio	≥ 60%
	Numero di eventi informativi e formativi rivolti a stakeholder della filiera agro-zootecnica realizzati nel triennio	≥ 3 per Regione
	Incremento % dell'attività analitica nel triennio	≥ 6%

## AREA STRATEGICA 2 – SICUREZZA ALIMENTARE

L'Istituto svolge un importante ruolo nel campo della Sicurezza Alimentare: opera al fianco dell'Autorità Competente per il controllo ufficiale degli alimenti e dei mangimi, coopera per l'attuazione dei piani di sorveglianza e collabora nelle indagini epidemiologiche condotte a seguito di focolai di malattie a trasmissione alimentare. Assicura, oltre alla parte prettamente di diagnostica analitica, il supporto tecnico-scientifico agli organismi istituzionali. Sviluppa ambiti di ricerca e sperimentazione rispetto alle tecnologie di produzione, ai pericoli associati ad alimenti e processi produttivi, anche attraverso collaborazioni scientifiche a livello nazionale ed internazionale.

Nell'ambito delle filiere alimentari, inoltre, supporta le imprese e gli operatori nelle attività relative all'autocontrollo, sia attraverso l'attività analitica che tramite la consulenza.

Contribuisce attivamente all'informazione ed alla formazione in sicurezza alimentare, attraverso l'organizzazione e la partecipazione ad eventi indirizzati ai soggetti coinvolti nel controllo ufficiale, al mondo produttivo ed al consumatore finale.

### **Gli obiettivi strategici individuati nella AS.2 sono i seguenti:**

#### *Obiettivo strategico 2.1 Migliorare l'efficienza e la digitalizzazione dei laboratori*

La costante riduzione delle risorse, assieme alla necessità di elevare la qualità delle prestazioni erogate, rappresenta un elemento rispetto al quale l'Istituto deve porre in essere una serie di azioni. In tal senso, la specializzazione, l'accorpamento delle attività e l'automazione, anche attraverso l'introduzione di risoluzioni di alta tecnologia, rappresentano certamente le strade da intraprendere. Infine, l'incremento del livello di digitalizzazione delle unità di produzione (laboratori e centri), oltre che contribuire al raggiungimento di un obiettivo cogente per tutte le amministrazioni pubbliche (dematerializzazione), porterà a snellire una serie di attività routinarie, liberando di conseguenza ulteriori risorse.

#### *Obiettivo strategico 2.2 Migliorare l'offerta analitica in funzione della domanda interna ed esterna*

Al momento, l'Istituto eroga il servizio di analisi ad utenti istituzionali e privati, effettuando gli esami direttamente da parte delle diverse UU.OO. dell'Ente. Per un'altra parte di tale attività, l'Istituto si avvale dei laboratori di altri II.ZZ.SS. L'attuale offerta analitica dell'Istituto è frutto di una serie di scelte compiute a fronte di necessità ed opportunità che nel tempo si sono presentate. Tutto questo deve oggi essere riconsiderato, esaminando innanzitutto il contesto esterno e le mutate esigenze dell'utenza. Per tali motivi, una rivalutazione delle linee di sviluppo dei laboratori, così come la riduzione delle attività esternalizzate e, in ultimo, l'adeguamento delle procedure amministrative a supporto, dalla gestione delle convenzioni e dei pagamenti, al puntuale aggiornamento del tariffario, rappresentano aspetti al centro del processo di innovazione del prossimo triennio.

#### *Obiettivo strategico 2.3 Incrementare l'assistenza alle filiere agroalimentari*

Nella sicurezza alimentare l'approccio alla gestione del rischio avviene a livello di intera filiera produttiva. Lavorare in prevenzione lungo la catena di produzione e trasformazione di un alimento o di un mangime, significa ridurre in modo efficace il livello di rischio legato ad eventuali pericoli presenti. L'Istituto, collabora ormai da oltre 20 anni con le imprese alimentari e dei mangimi del territorio, supportandole dal punto di vista dell'attività analitica, dell'assistenza tecnica e della formazione degli operatori. Sebbene, i recenti adeguamenti normativi abbiano portato a concentrare su alcune UU.OO. l'attività analitica da svolgere a favore di privati, l'attività di consulenza, la formazione e gli studi e sperimentazioni rimangono ambiti di interesse di tutte le strutture che in Istituto si occupano di sicurezza alimentare.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI	VALORE ATTESO
<b>O.S.2.1</b> <b>Migliorare l'efficienza e la digitalizzazione dei laboratori</b>	Numero metodi tradizionali o parti di questi sostituiti con metodi più efficienti (automatizzati)	≥ 5
	Percentuale di variazione del numero di metodi per sede (in cui vengono adottati i metodi analitici per cui è stata razionalizzata la produzione)	≤ -10%
<b>O.S. 2.2</b> <b>Migliorare l'offerta analitica in funzione del contesto esterno</b>	Numero di nuovi metodi sviluppati in risposta a richieste specifiche dell'utenza	≥ 10
	Riduzione percentuale della spesa sostenuta per l'attività analitica sub-appaltata ad altri Enti	≤ -50%
<b>O.S. 2.3</b> <b>Incrementare l'assistenza alle filiere agroalimentari</b>	Incremento % dell'attività di assistenza e consulenza in favore degli operatori delle filiere	≥ 5%
	Numero di eventi informativi e formativi rivolti a stakeholder della filiera agro-alimentare realizzati nel triennio	≥ 3 per Regione
<b>O.S 2.4</b> <b>Contribuire a contenere le emergenze epidemiche a livello regionale e nazionale</b>	Incremento % dell'attività analitica	≥ 6%
	% di contributi forniti alla stesura di procedure operative e protocolli su quelli richiesti nel triennio	≥ 90%
	% di contributo forniti agli organi istituzionali per la stesura di piani e linee guida su quelli richiesti nel triennio	≥ 90%

## AREA STRATEGICA 3 - RICERCA

La Ricerca è un elemento portante dell'attività dell'IZSUM, ed è trasversale alla maggioranza delle articolazioni organizzative dell'Istituto. Negli anni l'IZSUM ha dato un significativo impulso a questo ambito, delineando anche delle scelte organizzative specifiche, quale la creazione di una Unità Operativa Complessa specificamente dedicata. Obiettivo generale dell'Istituto, nel prossimo triennio è promuovere un ulteriore impulso alle attività di ricerca, anche grazie al supporto specifico offerto dalle figure dei ricercatori sanitari, recentemente introdotti nell'organigramma dell'IZSUM.

In particolare l'Istituto punta ad un significativo aumento della competitività dei propri ricercatori, attraverso azioni rivolte ad un maggiore internazionalizzazione dei rapporti di collaborazione ed una crescente capacità di successo delle proposte progettuali presentate nei contesti competitivi nazionali ed internazionali. A ciò si dovrà aggiungere una crescente adesione dell'Istituto ad attività di gemellaggio istituzionale internazionale, a supporto dei Paesi in via di sviluppo o in stato di pre-adesione alla Unione Europea.

**Gli obiettivi strategici individuati nella AS.3 sono i seguenti:**

### *Obiettivo Strategico 3.1: Aumentare la competitività della ricerca di IZSUM*

L'Istituto ha l'obiettivo di mettere in campo una serie di azioni finalizzate all'innalzamento progressivo degli indicatori bibliometrici dei ricercatori, quale elemento essenziale per l'accesso a specifici bandi selettivi. Un aumento delle mobilità di ricercatori da e verso l'IZSUM può rappresentare un ulteriore elemento per arricchire la rete di collaborazioni verso enti di ricerca nazionali ed internazionali. L'IZSUM ha, inoltre, in animo di rendere maggiormente visibile l'attività di ricerca, sfruttando tutti i possibili canali di disseminazione disponibili. Infine, si intende mettere in atto azioni specifiche, anche di natura organizzativa interna, per agevolare e supportare i ricercatori nelle fasi di presentazione di proposte progettuali, realizzazione e rendicontazione di progetti, dando vita ad uno specifico *Grant office* e migliorando i flussi informativi tra gli uffici tecnici ed amministrativi coinvolti a vario titolo nel contesto generale della ricerca sanitaria.

### *Obiettivo Strategico 3.2: Promuovere l'innovazione tecnologica*

La tecnologia è un elemento chiave nella maggioranza delle attività dell'Istituto, in particolare se utilizzata in ambito di ricerca sanitaria, dove, spesso, diventa un requisito di accesso o un fattore di competizione fondamentale, l'Istituto negli anni ha impiegato risorse importanti per l'aggiornamento tecnologico, ma è fondamentale mantenere elevato il livello interno della tecnologia disponibile, rendendo il più condivisa possibile la strumentazione ad alta tecnologia, attraverso un percorso di formazione ed addestramento del personale tecnico e dirigente dell'Istituto. Essenziale per la prospettiva futura è anche istituire un *sistema di raccolta e classificazione ottimale delle risorse biologiche disponibili*, disegnando e realizzando una **moderna bio-banca**, che possa anche far tesoro delle nuove strutture delle quali l'IZSUM intende dotarsi per la realizzazione della nuova **Officina Farmaceutica**.

### *Obiettivo Strategico 3.3: Aumentare l'attività di cooperazione internazionale*

Il rafforzamento della rete di collaborazioni scientifiche e tecniche internazionali è considerato da IZSUM un elemento chiave per il proprio sviluppo nei prossimi anni. Ciò passa attraverso un aumento degli scambi di ricercatori in uscita da IZSUM verso Enti stranieri e viceversa. IZSUM punta, quindi, ad un significativo incremento della propria capacità di attrazione di ricercatori da Enti esterni, anche attraverso un aumento della partecipazione ad iniziative di scambio di ricercatori (ad esempio Azioni Marie S. Curie). Un ulteriore contesto internazionale al quale si rivolge IZSUM è quello della cooperazione amministrativa, nella forma di Progetti di Gemellaggio (Twinning) con amministrazioni di Paesi in via di sviluppo o in fase di pre-adesione all'unione Europea, alla quale negli ultimi anni ha già aderito in maniera significativa.

Sarà importante incrementare tale attività per ampliare il bacino di utenza di IZSUM e creare le basi per futuri scambi scientifici, tecnici e commerciali del nostro Paese.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI	VALORE ATTESO
<b>O.S. 3.1</b> <b>Aumentare la competitività della ricerca</b>	Tasso di variazione % dell'H – index medio del personale sanitario nel periodo 2022-2024	≥ 20%
	Indice di successo nei bandi competitivi	≥ 10%
	Incremento % del coinvolgimento nei progetti (escluse RC) in qualità di partner (sia come U.O. sia come <i>subcontractor</i> ) rispetto al triennio precedente	≥ 10%
<b>O.S. 3.2</b> <b>Promuovere l'innovazione tecnologica</b>	Incremento % dei fondi esterni per l'attività di ricerca rispetto al triennio precedente	≥ 10%
	Bio-banca dell'IZSUM istituita	entro il 31/12/2024
<b>O.S. 3.3</b> <b>Promuove la cooperazione internazionale</b>	Incremento % delle giornate/esperto destinate alle attività di cooperazione internazionale rispetto al triennio precedente	≥ 20%

## AREA STRATEGICA 4 – PRODUZIONI E ATTIVITÀ COMMERCIALI

Il ruolo primario dell'Istituto è quello di assicurare una capillare rete pubblica di monitoraggio sanitario e controllo sul territorio, in ottemperanza alla missione istituzionale assegnata dalle normative vigenti. A questa missione si associa, in modo originale rispetto ad altre strutture e laboratori, la possibilità di produrre vaccini autogeni, impiegati per contrastare la diffusione di malattie infettive. Tale contesto operativo è ascrivibile all' Area Strategica 4, che contribuisce a tutelare la salute pubblica ed il benessere animale, andando a colmare un gap fondamentale legato alla mancanza in commercio di numerosi principi vaccinali impiegati per il controllo di malattie che interessano le filiere zootecniche, tra cui alcune potenziali zoonosi. A questo si aggiunge un'ulteriore carenza di presidi riguardante le specie da reddito minori, per le quali non è sempre conveniente sviluppare vaccini da parte delle aziende farmaceutiche private, ma la cui assenza comporta un largo impiego di prodotti farmacologici che direttamente impattano sulla salute pubblica, favorendo il fenomeno della resistenza batterica agli antimicrobici.

**Gli obiettivi strategici individuati nella AS.4 sono i seguenti:**

### *Obiettivo Strategico 4.1 Potenziare la produzione di vaccini per contrastare il fenomeno dell'antibiotico-resistenza*

La comparsa e la rapida diffusione di batteri resistenti agli agenti antimicrobici a cui si è assistito negli ultimi decenni, costituiscono una seria minaccia alla Salute Pubblica su scala globale. La relazione esistente tra l'abuso o l'uso non appropriato di agenti antimicrobici in medicina veterinaria e l'incremento dell'antibiotico resistenza in batteri zoonotici o d'interesse per la Sanità Animale, è stata chiaramente dimostrata. L'utilizzo di presidi immunizzanti può risultare uno strumento fondamentale per il contenimento di questo dilagante fenomeno, attraverso una prevenzione delle infezioni batteriche negli animali, siano esse primarie o secondarie ad infezioni virali. Nuovi presidi vaccinali mirati potrebbero inoltre essere impiegati in contesti clinici nei quali fossero già stati riscontrati agenti microbici resistenti agli antimicrobici. Per questo motivo il ricorso a profilassi di tipo indiretto rappresenta uno dei mezzi principali per preservare la competitività degli allevamenti, assicurare il benessere degli animali da reddito e da affezione e ridurre al contempo la pressione selettiva sulle popolazioni batteriche generata dall'impiego degli antimicrobici in zootecnia. Obiettivo strategico dell'IZSUM, per il prossimo triennio, è quindi promuovere l'impiego dei vaccini autogeni aumentando il numero delle aziende utilizzatrici, potenziando le capacità produttive e sviluppando nuove formulazioni vaccinali.

### *Obiettivo Strategico 4.2 Incrementare l'appropriatezza tecnico scientifica*

Un obiettivo chiave del settore produttivo dell'IZSUM nei prossimi anni è l'innalzamento del proprio livello tecnico scientifico attraverso l'adeguamento strutturale, il potenziamento tecnologico, il perfezionamento delle procedure e la razionalizzazione delle risorse impiegate. Tutto questo in un processo che leghi la formazione, come strumento di crescita continua delle competenze degli operatori e la ricerca. Obiettivi specifici per il triennio saranno l'ottimizzazione dei prodotti e dei processi, l'innovazione e lo sviluppo tecnologico, l'adeguamento strutturale ai parametri legislativi per i farmaci veterinari ad azione immunologica prodotti presso la struttura e l'adeguata gestione e controllo di tutte le attività (tecniche, commerciali, amministrative) connesse con la produzione di beni e servizi.

### *Obiettivo Strategico 4.3 Promuovere la ricerca applicata in ambito produttivo*

I bisogni dei consumatori si modificano con crescente intensità, inducendo elementi di varietà (tipologie vaccini – terreni) e variabilità nei volumi di produzioni (piani di profilassi, spending review) che mal si conciliano con sistemi rigidi di pianificazione produttiva e tale problema può essere risolto o migliorando le

capacità predittive e conseguentemente anticipando i bisogni dei consumatori o attraverso la versatilità e la tempestività della risposta.

Di fondamentale ausilio, in tale contesto, è la ricerca applicata all'introduzione di nuove tecnologie produttive, allo sviluppo di nuovi presidi immunizzanti e reagenti diagnostici impiegati per prevenire e diagnosticare tempestivamente patologie emergenti e riemergenti.

La complessità e la diversificazione delle attività produttive svolte nel nostro Istituto, infatti, creano i presupposti per lo sviluppo di attività di ricerca in ambito tecnologico per migliorare l'efficienza produttiva e sviluppare l'innovazione nonché migliorare la qualità dei prodotti allestiti.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI	VALORE ATTESO
<b>O.S. 4.1</b> <b>Potenziare la produzione di vaccini per contrastare l'antimicrobico resistenza</b>	Incremento % delle aziende che utilizzano i vaccini prodotti dall'Istituto nel triennio	≥ 5%
	Incremento % del volume di vaccini prodotti nel triennio	≥ 10%
<b>O.S. 4.2</b> <b>Adeguare alla Normativa il settore Produttivo</b>	Adeguamento della struttura produttiva secondo le specifiche Linee guida	Entro il 31/12/2024
<b>O.S. 4.3</b> <b>Promuovere la ricerca applicata nell'ambito produttivo</b>	Numero di nuovi vaccini validati/nuove tecniche introdotte nel triennio	≥ 5

## AREA STRATEGICA 5 – GOVERNANCE INTERNA

L'area strategica denominata "governance interna" si caratterizza, da un lato per la sua trasversalità e da un altro lato per la sua complessità, considerata la molteplicità degli obiettivi strategici e degli interventi necessari a garantire prestazioni di elevata qualità e a completa soddisfazione dei diversi attori coinvolti nei processi aziendali.

In tale area confluiscono varie e diversificate componenti che è necessario conciliare tra di loro, tutte strumentali e "a servizio" delle altre aree strategiche dell'Istituto dal momento che riguardano:

- a) la logistica, sia in termini di dotazioni strutturali, in primo luogo gli spazi fisici per lo svolgimento delle attività lavorative, sia in termini di attrezzature scientifiche, tecnologiche ed informatiche per la gestione delle attività sanitarie, amministrative e per l'erogazione dei servizi;
- b) il sistema di programmazione e controllo;
- c) la formazione del personale per lo sviluppo delle competenze necessarie per qualificare le funzioni e le attività istituzionali;
- d) la comunicazione interna ed esterna;
- e) la cultura della legalità e della trasparenza;
- f) la definizione di strumenti, sia di natura regolamentare che di natura procedurale, necessari per migliorare la qualità delle prestazioni dei dipendenti;
- g) l'acquisizione e la gestione delle risorse economico-finanziarie nell'ottica dell'equilibrio di bilancio.

**Gli obiettivi strategici individuati nella AS.5 sono i seguenti:**

### *Obiettivo Strategico 5.1 Sviluppare il ciclo di Programmazione e Controllo*

Il sistema di programmazione e controllo si dovrà evolvere, ripensando e aggiornando i flussi e gli strumenti attualmente in uso, quale mezzo efficace per riuscire a rimanere al passo con le innovazioni organizzative e gestionali dell'Istituto. In particolare, l'IZSUM si dovrà dotare di un *nuovo e più aggiornato sistema di misurazione e valutazione della performance* sia organizzativa, a livello di ente, sia individuale, a livello della dirigenza.

### *Obiettivo Strategico 5.2 Sviluppare la comunicazione istituzionale*

La comunicazione istituzionale rappresenta un aspetto che, nella moderna società dell'informazione a 360°, dovrà essere ripensato e reingegnerizzato sia sul versante interno sia sul versante esterno, avendo come obiettivo finale l'informazione corretta e trasparente ai diversi destinatari secondo il fondamentale principio etico della responsabilità.

*La comunicazione interna, fonte di benessere organizzativo, dovrà essere opportunamente riorganizzata e strutturata così come la comunicazione esterna*, recependo ogni suggerimento tecnologico. La comunicazione esterna, inoltre, dovrà essere lo strumento principale attraverso il quale far conoscere le funzioni e le attività dell'Istituto in primo luogo sul territorio di riferimento ed in secondo luogo oltre i confini regionali e nazionali.

### *Obiettivo Strategico 5.3 Promuovere e sviluppare la cultura della legalità, della trasparenza e della qualità*

I rapporti con i cittadini-utenti dei servizi e i comportamenti dell'amministrazione e dei suoi dipendenti devono essere caratterizzati, alla luce dei principi e delle norme stabiliti dalla legislazione e dai regolamenti interni, da *elementi di ordine etico, in termini di imparzialità, correttezza, trasparenza, accessibilità, partecipazione e tempestività*. L'esigenza avvertita dall'Istituto è di *passare da un approccio formale ad uno sostanziale*, affinché diventino vera espressione della cultura aziendale da esplicitarsi nelle attività ordinarie. Per questo dovranno *coinvolgere tutto il personale dell'ente attraverso iniziative*

*formative ed informative ed attraverso il potenziamento degli strumenti di pianificazione, di adozione di misure correttive e di miglioramento e attraverso il monitoraggio costante dell'attuazione.*

Anche il Sistema Qualità, attivo a garanzia del rispetto delle esigenze degli utenti, dovrà seguire analogo orientamento: alla luce di parole chiave come semplificazione e razionalizzazione; esso dovrà corrispondere sempre più alla necessità che i laboratori e gli uffici dell'Istituto operino con maggiore facilità, comunque nel rispetto dei requisiti previsti. A tal riguardo si dovrà procedere con la razionalizzazione e *l'informatizzazione dei processi*, anteponeandone la revisione e l'integrazione dei documenti organizzativi e l'eliminazione delle ridondanze che influiscono sulla coerenza del Sistema.

#### *Obiettivo Strategico 5.4 Sviluppare la logistica dell'Istituto*

Le strutture all'interno delle quali vengono svolte le attività istituzionali rappresentano l'essenza dell'organizzazione aziendale; l'articolazione bi-regionale dell'Istituto e la presenza nel territorio di cinque sedi periferiche, oltre alla sede centrale, richiedono un importante ripensamento e riposizionamento a seguito delle evoluzioni organizzative e dei progetti strategici che la nuova Direzione intende perseguire. In particolare è stato appurato che la sede centrale di Perugia, ubicata a ridosso del centro abitato del capoluogo di regione, necessita di ulteriori spazi per i laboratori – esistenti o da sviluppare - e per le strutture di supporto. Per tale motivo è stata delineata una idea progettuale, denominata Nuovo Polo Strategico, Officina farmaceutica e Strutture ad elevato contenimento biologico, che è stata candidata per ottenere finanziamenti a valere sui fondi nazionali gestiti dal Ministero della Salute. Gli obiettivi principali che si intende perseguire da tale progetto sono: **1)** sviluppare strumenti in grado di fronteggiare il dilagante fenomeno delle pandemie e dell'antibiotico resistenza, realizzando un Polo Strategico produttivo nazionale pubblico con strutture ad elevato contenimento biologico, destinato allo sviluppo e alla produzione di vaccini per il controllo delle malattie degli animali. Il Polo dovrà essere in grado di assicurare il supporto sanitario alle filiere zootecniche nazionali attraverso la messa a punto e la fornitura di vaccini, per ridurre l'uso degli antibiotici, usualmente non reperibili in commercio (malattie destinate a specie minori), nonché di produrre presidi immunizzanti "d'urgenza" per fronteggiare situazioni sanitarie di emergenza che dovessero presentarsi sul territorio nazionale (o all'estero); **2)** delocalizzare i laboratori e le strutture produttive impattanti: quali l'Officina farmaceutica e la diagnostica; **3)** realizzare in ciascuna Regione una struttura per il confinamento di animali con problematiche sanitarie in atto; **4)** realizzare Laboratori e Stabulari (BSL3) per i Centri di Referenza Nazionali; **5)** riqualificare le strutture destinate all'attività della Sicurezza alimentare (chimica e microbiologia) e dell'Osservatorio epidemiologico.

#### *Obiettivo Strategico 5.5 Sviluppare ed innovare la tecnologia digitale*

La *digitalizzazione dei processi e dei procedimenti amministrativi e contabili* rappresenta un elemento ineludibile per una pubblica amministrazione aperta, facilmente accessibile da parte dei cittadini-utenti e rispettosa delle regole tecniche che si sono sviluppate negli ultimi anni. L'efficacia di un sistema informativo dipende in maniera preponderante dall'*integrazione tra i diversi software gestionali* e dai *meccanismi di interazione* che consentono di ottimizzare le risorse e la gestione dei dati. Le direttrici di tale obiettivo strategico saranno, da un lato, sostituire la piattaforma informativa della gestione amministrativa, migrando verso un sistema ERP, ossia ad un tipo di software utilizzabile per gestire le attività quotidiane di contabilità, acquisti, magazzino, fiscalità, stipendi, risorse umane, documenti in modalità integrata. Dall'altro consolidare le piattaforme in uso per la gestione dei laboratori (SIGLA) e per la gestione dei documenti.

#### *Obiettivo Strategico 5.6 Applicare il Piano triennale per l'ITC nella Pubblica Amministrazione di AgID*

L'Istituto sarà chiamato nei prossimi anni ad attuare, in maniera graduale ma costante, il Piano triennale per l'ITC (*Information and Communications Technology*) definito dall'Agenzia (governativa) per l'Italia

Digitale - AGID; inoltre esiste un progetto denominato "PA digitale 2026" nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che dovrà essere preso in considerazione per migliorare le *performance* delle attività e dei servizi digitali dell'Istituto.

Sarà molto importante riuscire ad intercettare le risorse finanziarie da investire in tale ambito affinché si possa procedere alla migrazione in *cloud*, all'implementazione dei servizi pubblici digitali, al consolidamento dell'identità digitale (SPID), al sistema dei pagamenti PagoPA, al sistema della sicurezza, ossia per essere allineati al processo di transizione digitale in atto, pur nella consapevolezza che sono necessarie maggiori competenze e maggiori risorse sia in termini di personale che di mezzi economici a disposizione delle strutture competenti in materia informatica e tecnologica.

#### *Obiettivo Strategico 5.7 Garantire la tutela dei dati personali*

La tutela dei dati personali non rappresenterà un mero adempimento giuridico-formale, sicuramente essenziale dal punto di vista della strumentazione prevista dalla normativa vigente, che dovrà garantire l'adeguata *compliance* con le disposizioni del GDPR 2016/679, ma un vero e proprio modello comportamentale in considerazione del fatto che la maggior parte dei dati trattati dall'Istituto sono di natura sensibile e coinvolgono diversi ambiti di applicazione (sanità veterinaria e controllo alimenti), come in particolare quelli relativi all'attività di analisi, di ricerca, di controllo ufficiale e di auto-controllo.

#### *Obiettivo Strategico 5.8 Potenziare e migliorare la formazione agli utenti interni ed esterni*

La formazione rappresenta lo strumento per incrementare le competenze e la professionalità del personale interno (a tutti i livelli), al fine di qualificare le prestazioni per l'esercizio delle funzioni istituzionali, ma anche dei soggetti esterni (diversificato per ambiti di operatività) che interagiscono con l'ente, al fine di formare *stakeholder* competenti e consapevoli in grado di migliorare il sistema sanitario. L'Istituto da anni è accreditato per l'erogazione di corsi di formazione che riconoscono i crediti ECM; il mantenimento dell'accreditamento dovrà essere l'obiettivo principale da perseguire. Inoltre si dovrà investire sulla piattaforma informatica della formazione al fine di migliorare lo strumento e di renderlo compatibile con le esigenze organizzative e con le più moderne tecnologie. **Come previsto dai Piani Triennali per l'Informatica per le pubbliche amministrazioni, soprattutto per quelle operanti in ambito sanitario, si realizzeranno specifiche attività sui temi della Cyber Security Awareness, in quanto da tale consapevolezza possono derivare le azioni organizzative necessarie a mitigare il rischio connesso alle potenziali minacce informatiche.**

#### *Obiettivo Strategico 5.9 Perseguire l'equilibrio di bilancio*

Le risorse economico-finanziarie rappresentano una variabile che nel corso degli ultimi anni è stata caratterizzata da vincoli normativi e da situazioni contingenti che hanno reso sempre più difficile il perseguimento dell'equilibrio di bilancio. I bilanci, infatti, presentano elementi di rigidità strutturale e un divario tra ricavi e costi – al netto delle situazioni straordinarie come ad es. l'emergenza sanitaria Covid-19 - che si sta accentuando a causa della crescita esponenziale dei costi del personale e dei beni e dei servizi, il più delle volte dipendenti da variabili esogene, non controbilanciata dalla crescita dei ricavi, in particolare per quanto riguarda i finanziamenti istituzionali, sia statali e sia regionali, che sono rimasti ai livelli del 2015. Il miglioramento della pianificazione dei ricavi e dei costi ed il loro costante monitoraggio dovranno essere gli obiettivi da perseguire per raggiungere senza problemi gli equilibri di bilancio. Negli ultimi anni l'Istituto si è attivato per l'erogazione di beni e servizi destinati a privati: tale processo dovrà essere incentivato, monitorando *trend* di redditività e di soddisfazione del cliente, anche impiegando indicatori economico-finanziari dedicati, al fine di orientare gli investimenti e sostenere le più opportune scelte gestionali. Da ultimo sarà essenziale garantire il rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e la

riscossione tempestiva e puntuale dei crediti generati dalle attività istituzionali, dalle attività commerciali e per conto di terzi.

*Obiettivo Strategico 5.10 Introdurre nuovi strumenti di governo del personale per migliorare le prestazioni*

Gli strumenti di governo delle risorse umane, sia in termini di modelli regolamentari sia in termini di modelli procedurali ed operativi, sono in alcuni casi mancanti, in altri casi necessitano di interventi di revisione e di adeguamento. In particolare l'Istituto si dovrà dotare di modelli regolamentari per disciplinare sia l'esercizio delle funzioni tecniche nell'ambito delle procedure del codice dei contratti, sia l'esercizio delle attività commissionate da soggetti terzi, con il duplice obiettivo di: **1)** migliorare le prestazioni del capitale umano; **2)** incentivare dal punto di vista economico i dipendenti coinvolti nelle funzioni e nelle attività. Inoltre l'Istituto dovrà rivedere alcune procedure, in particolare quelle che impattano sull'utenza esterna – ad es. convenzioni, accordi e pagamenti, definendo nuovi modelli procedurali ed operativi finalizzati ad ottimizzare e razionalizzare le attività tecniche e amministrativo-contabili in funzione di semplificazione degli adempimenti degli utenti.

Tale obiettivo contribuirà a migliorare il clima organizzativo ed a stimolare azioni di miglioramento dei comportamenti da parte del personale dell'Istituto.

OBIETTIVI STRATEGICI	INDICATORI	VALORE ATTESO
<b>O.S. 5.1</b> <b>Sviluppare il ciclo di Programmazione &amp; Controllo</b>	- Nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance attivato	Entro il 2023
	- Nuovo sistema del controllo di gestione attivato	Entro il 2024
	- Livello di gradimento del sito Internet (scala 1:6)	≥ 5
	- Livello di gradimento degli strumenti per la comunicazione interna (scala 1:6)	≥ 5
<b>O.S. 5.2</b> <b>Sviluppare la comunicazione istituzionale</b>	- Livello di gradimento degli strumenti per la comunicazione esterna (scala 1:6)	≥ 5
	- Ristrutturazione della sezione Intranet del sito aziendale	Entro il 2024
	- Ristrutturazione del sito Internet dell'IZSUM	
<b>O.S. 5.3</b> <b>Promuove e sviluppare la cultura della legalità, della trasparenza e della qualità</b>	- Revisione del nuovo codice di comportamento aziendale (attraverso una metodologia condivisa con i dipendenti dell'Istituto)	Entro il 2024
	- Diffusione del nuovo codice di comportamento	Entro il 2025
	- Incremento del livello di trasparenza (attraverso la pubblicazione di ulteriori dati, documenti e informazioni non soggette a pubblicazione obbligatoria)	Almeno n. 2 argomenti
	- Numero di corsi /incontri di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per il personale interno	≥ 2 per anno

<p><b>O.S. 5.4</b> <b>Sviluppare la logistica dell'Istituto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % di attuazione della programmazione delle opere previste</li> </ul>	<p>100%</p>
<p><b>O.S. 5.5</b> <b>Sviluppare ed innovare la tecnologia digitale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N di piattaforme applicative integrate</li> <li>- N. modifiche migliorative (SIGLA)</li> <li>- Progetto di consolidamento del sistema di gestione del sistema di qualità attraverso piattaforma documentale attuato</li> </ul>	<p>Almeno 3 Almeno 5 Entro il 2023</p>
<p><b>O.S. 5.6</b> <b>Applicare il Piano per l'ICT nella Pubblica Amministrazione di AgID</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione e applicazione del Piano Triennale per l'informatica dell'IZSUM (ICT)</li> </ul>	<p>100% nel triennio</p>
<p><b>O.S. 5.7</b> <b>Garantire la tutela dei dati personali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestione dei dati/informazioni/documenti nel rispetto del GdPR all'interno del nuovo file system e nel sistema documentale Archiflow.</li> <li>- Standardizzazione e armonizzazione della documentazione privacy correlata ai processi dei ricerca</li> </ul>	<p>Entro il 2023 Entro il 2024</p>
<p><b>O.S. 5.8</b> <b>Potenziare e migliorare l'attività di formazione agli utenti interni ed esterni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N. medio crediti ECM per dipendente/anno</li> <li>- % partecipanti esterni rispetto ai posti disponibili pianificati</li> </ul>	<p>≥ 50 ≥ 50%</p>
<p><b>O.S. 5.9</b> <b>Perseguire l'equilibrio di bilancio</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reddito di esercizio</li> <li>- indici di liquidità più significativi (liquidità primaria e secondaria, tempo medio di pagamento dei debiti)</li> </ul>	<p>Positivo LP &gt;1, LS &gt;1 Tm_pag &lt;60gg.</p>
<p><b>O.S. 5.10</b> <b>Introdurre nuovi strumenti di governo del personale per migliorare le prestazioni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % nuovi strumenti di governo introdotti</li> </ul>	<p>100%</p>

## **OBIETTIVI SANITARI ASSEGNATI ALL'ISTITUTO DALLE REGIONI UMBRIA E MARCHE PER IL 2023**

In sede di Conferenza dei Servizi del 14 dicembre 2022 sono stati definiti i programmi e gli obiettivi sanitari per le regioni Umbria e Marche da realizzare nell'anno 2023.

Trattandosi di obiettivi operativi annuali lo sviluppo di dettaglio dei medesimi sarà contenuto nel Piano programmatico annuale delle attività adottato con atto del Direttore Generale a seguito dell'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione del presente Piano.

## Sezione 2.3 – Rischi corruttivi

### 2.3.1 Premessa

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPC) è il documento previsto dall'art. 1 della legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", attraverso il quale le Amministrazioni Pubbliche definiscono "la valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indicano gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio" (art. 1, comma 5). Tale legge è stata emanata in attuazione all'art.6 della convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, 31.10.2003, (ratificata dall'Italia con la legge 3.10.2009) e degli artt n. 20 e 21 della Convenzione Penale sulla corruzione adottata a Strasburgo il 27.01.1999. Circa l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni, novità nel sistema dell'anticorruzione e della trasparenza sono state previste dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante "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". In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 dell'art. 6 del citato d.l. n. 80/2021, sono stati emanati il DPR del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il DM del 30 giugno 2022 n. 132, "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" che hanno definito la disciplina del PIAO in cui il PTPCT è confluito nella sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza". In tale scenario, e comunque in conformità alla legge 190 l'ANAC ha adottato il PNA 2022 con durata triennale che costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni tenute alla redazione della suddetta sezione del PIAO.

Tale sezione rappresenta lo strumento attraverso il quale vengono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto alla corruzione e si presenta come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale di cui al DPCM 16.1.2013, vengono "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione".

Nel presente documento si fa riferimento all'accezione più ampia del concetto di corruzione richiamato dalla circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, che comprende *"le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si possa riscontrare l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, configurando situazioni rilevanti più ampie della fattispecie penalistica di cui agli artt. 318, 319 e 319 ter c.p. che arrivano ad includere tutti i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I, del Codice penale e malfunzionamenti dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite"*.

Con la definizione ed attuazione della presente sezione l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" intende:

- a) fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle aree a rischio di corruzione, individuando i processi per i quali è più elevato il rischio di corruzione, a partire dalle aree individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) come obbligatorie e di adottare le misure ulteriori, in aggiunta a quelle esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità;
- b) prevedere, per le attività individuate al punto che precede, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, con particolare riferimento alle aree individuate di cui alla lettera a) obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, al quale compete la vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza delle misure adottate;
- d) assicurare l'accessibilità ad una serie di dati, notizie ed informazioni concernenti l'Ente;

- e) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- f) consentire forme diffuse di controllo sociale dell'operato, a tutela della legalità, della cultura dell'integrità ed etica pubblica;
- g) attuare gli adempimenti correlati al D.Lgs. n. 39/2013;
- h) garantire una buona gestione delle risorse pubbliche attraverso il "miglioramento continuo" nell'uso delle stesse e nell'erogazione dei servizi agli utenti.

Tale sezione è così strutturata:

- una parte generale in cui viene illustrata la strategia di IZSUM in materia di prevenzione della corruzione, con specifico riguardo ai soggetti coinvolti, alle loro funzioni e responsabilità, nonché alle fasi del processo di gestione del rischio di corruzione. In ottemperanza dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 e tenendo conto delle recenti evoluzioni normative, le misure adottate per dare attuazione agli adempimenti inerenti alla trasparenza proattiva (obblighi di pubblicazione e alimentazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale) e reattiva (istituti di accesso) e gli obiettivi strategici individuati dall'organo di indirizzo politico, ai sensi dell'art. 1, co. 8, della L. n. 190/2012;
- una parte più specifica rappresentata da Allegati che riportano:
  - Mappatura dei processi e valutazione dei rischi;
  - Misure;
  - Obblighi di Trasparenza con le relative responsabilità

Tale sezione del PIAO, in sostituzione del PTPCT si applica a tutti i dipendenti e collaboratori dell'IZSUM; i responsabili delle strutture sono tenuti ad informare i rispettivi dipendenti al momento dell'assunzione in servizio e ai collaboratori a qualsiasi titolo dei contenuti relativi ai rischi corruttivi e di trasparenza esplicitati nel documento.

La stesura della presente sezione è stata realizzata secondo le indicazioni di carattere generale che ottemperano alle prescrizioni della Legge n. 190/2012, tenuto altresì conto delle indicazioni fornite da ANAC attraverso il PNA 2022 approvato dal Consiglio dell'Autorità il 16 novembre 2022 ed in collaborazione con i referenti e i dirigenti delle strutture organizzative, secondo le rispettive competenze, utilizzando la metodologia adottata per la valutazione del rischio già per lo scorso PTPCT 2022-2024. Concluso il procedimento della stesura, tale sezione è stata pubblicata nel sito web aziendale ai fini della consultazione pubblica dal 23 gennaio al 15 febbraio 2023. Nessuna osservazione è giunta dalla suddetta consultazione. Il documento sarà successivamente trasmessa al Direttore Generale dell'Istituto.

### **2.3.3 I soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione**

I soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e dell'illegalità in ambito aziendale, sono chiamati a partecipare attivamente alla gestione della prevenzione ed all'attuazione e al controllo di efficacia delle misure adottate.



E' il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che definisce le modalità e i tempi di raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito della gestione dell'anticorruzione e trasparenza. In particolare, i referenti e i dirigenti sono coinvolti nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio.

### 2.3.3.1 Direttore Generale

Il **Direttore Generale**, quale titolare di incarico amministrativo di vertice e organo di gestione dell'Ente:

- a) designa il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- b) riceve dal RPCT le proposte dei PTPCT e i loro aggiornamenti (art. 1, comma 8); ad oggi la sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e i suoi aggiornamenti
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.
- d) Propone al Consiglio di Amministrazione il Piano Integrato Attività e Organizzazione per la sua approvazione definitiva.

### 2.3.3.2 Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Come precisato nel PNA 2019, l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione dell'ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. Pertanto, i poteri di monitoraggio e controllo che il RPCT può esercitare all'interno della pubblica amministrazione, devono rimanere connessi a tale obiettivo.

In particolare ai sensi della L. n. 190/12 il **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza**:

- elabora la proposta dei PTPCT e i loro aggiornamenti; ad oggi, la sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO;
- definisce le procedure appropriate per individuare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione per formarli su temi quali etica, legalità e corruzione;
- verifica il rispetto delle misure previste;
- propone la modifica delle stesse quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni e/o quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verifica, d'intesa con i dirigenti competenti, la possibilità di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che vengano commessi reati di corruzione;

- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità;
- segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 7);
- entro il 31 Dicembre di ogni anno (salvo proroghe) pubblica sul sito web dell'amministrazione, una relazione recante i risultati dell'attività svolta. Con Comunicato Stampa del Presidente del 30 novembre 2022, al fine di consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse alla predisposizione della sezione "*rischi corruttivi e trasparenza*" del PIAO, l'Autorità ha valutato opportuno prorogare al 15 gennaio 2023 il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della Relazione annuale che i RPCT sono tenuti ad elaborare ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge n. 190/2012.

In base a quanto previsto dal d.lgs 33/2013 e s.m.i.:

- controlla l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- decide, con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni, nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza.
- nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC e all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari.

In base a quanto previsto D.lgs n. 39 del 8/4/2013 art 15:

- cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto medesimo sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.
- segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso Decreto all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20/07/2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

In base a quanto previsto D.lgs. 165/2001 art. 54-bis, così come modificato dalla l. n. 179/201, riceve e prende in carico le segnalazioni a lui destinate, relative a illeciti e/o irregolarità, di cui il dipendente pubblico (o soggetto equiparato) sia venuto a conoscenza, in occasione delle attività di ufficio, e rientranti nella disciplina del c.d. whistleblowing. Monitora la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

Ai sensi dell'art. 15 del DPR 16/4/2013 n. 62, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cura la diffusione della conoscenza dei codici nell'amministrazione anche attraverso l'uso di strumenti quali corsi FAD asincroni. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dal citato art. 15 del DPR 16/4/2013 n. 62, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari opera in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

La Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, è la Dott.ssa Marinella Capucella nominata con delibera del Direttore Generale n. 70 del 20 febbraio 2020.

Con la stessa delibera viene confermata la Dott.ssa Chiara Berretta – Collaboratore Tecnico Prof.le – Cat. D, già incaricata con Disposizione di Servizio del Direttore Generale n. 3 del 14.01.2020 di fornire supporto tecnico alle attività del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in relazione

alla professionalità e competenza relativa al livello di inquadramento, secondo le indicazioni e istruzioni dello stesso Responsabile.

### 2.3.3.3 Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'Istituto, richiamata la circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 25.1.13, in considerazione della complessità della sua organizzazione amministrativa e sanitaria e tenendo conto dell'attuazione del nuovo modello organizzativo, esecutivo a tutti gli effetti a partire dal 01.01.2021, ha individuato quali Referenti del RPCT i Dirigenti responsabili delle strutture complesse afferenti all' Area Tecnico/Sanitaria e per l'area Tecnico/Amministrativa i Dirigenti delle strutture semplici.

Si riportano di seguito i nominativi:

Area di riferimento	Nominativo
Governo della domanda Umbria	Claudio Ghittino
Governo della domanda Marche	Franco Tonucci
Diagnostica Generale Umbria	Livia Moscati
Diagnostica Generale Marche	Anna Duranti
Controllo Alimenti Umbria	Andrea Valiani
Controllo Alimenti Marche	Elena Rocchegiani
Ricerca e Sviluppo	Giovanni Pezzotti
Centri di Referenza Nazionale	Feliziani Francesco
Chimica	Ivan Pecorelli
Officina Farmaceutica	Monica Cagiola
Gestione Risorse Umane	Carlo Castrucci
Affari Generali	Rosetta Paola Russo
Economico – Finanziario	Renata Bianchi
Provveditorato	Andrea Garghella
Formazione e Aggiornamento	Maria Paola Torlone
Osservatorio Epidemiologico	Carmen Maresca
Sistemi Informatici	Alessandro Mingolla
Flussi Informativi Sanitari	Laura Faccenda

I Referenti sono soggetti attivi che fungono da punti di riferimento per la confronto delle informazioni e il monitoraggio delle attività anticorruzione. Uno degli impegni primari loro assegnati consiste nell'assolvimento dei compiti di comunicazione/informazione al Responsabile, sia ai fini dell'aggiornamento del Piano, sia della tempestiva informazione e segnalazione in merito ai rischi incombenti.

Ferma restando la concentrazione in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, i referenti sono tenuti a rispettare quanto di seguito declinato per ottemperare agli obiettivi di prevenzione della corruzione e garantire la trasparenza relativamente all'area di rispettiva competenza. In particolare:

- sono tenuti al rispetto degli obblighi previsti dalla vigente normativa in materia di anticorruzione;

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT perché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati alle varie strutture.
- coadiuvano il RPCT nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del PTPCT da parte delle strutture/dirigenti/personale di afferenza;
- segnalano al RPCT ogni esigenza di modifica del piano, in caso di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero di intervenuti mutamenti nell'attività/assetto organizzativo delle strutture di afferenza;
- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- individuano e indicano al RPCT i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- presentano al RPCT, con cadenza annuale (entro il 30 novembre), sulla base dei monitoraggi semestrali eseguiti durante l'anno, una relazione riportante le risultanze dell'attività svolta e delle misure poste in essere per prevenire fenomeni corruttivi;
- sono tenuti ad assicurare il miglioramento continuo dei flussi comunicativi della propria struttura, garantendo il rispetto dei tempi e/o scadenze di pubblicazione e diffondendo, nella struttura di competenza, la cultura della trasparenza;
- assicurano la puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa;
- svolgono attività di impulso, monitoraggio, verifica dell'andamento dell'attività con specifico riferimento al flusso di informazioni da pubblicare nonché sulla corretta e puntuale pubblicazione dei dati.

La mancata risposta alle richieste di collaborazione in base alle disposizioni del seguente piano da parte dei Referenti è suscettibile di sanzione disciplinare.

#### **2.3.3.4 Dirigenti per l'area di rispettiva competenza**

Tutti i Dirigenti dell'IZSUM, ognuno per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D. Lgs. n. 165/2001 e ss. mm. ii.);
- partecipano al processo di gestione del rischio e propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- applicano le misure di prevenzione e gli obblighi di pubblicazione indicati nel PTPC;
- vigilano e assicurano l'osservanza del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013) e del Codice Etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto segnalando le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio del procedimento disciplinare, la sospensione e la rotazione del personale e osservano le misure contenute nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione (artt. 16 e 55 bis D. Lgs. n. 165/2001);
- rispettano le prescrizioni del D. Lgs. n. 39/2013 in materia di cause di inconferibilità e incompatibilità;
- attivano le procedure previste dalla normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, come previsto dall'art. 1, comma 51, della Legge n. 190/2012;
- individuano il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- segnalano eventuali modifiche, rispetto al presente Piano, nella individuazione delle attività e processi nell'ambito dei quali è più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti nell'organizzazione o

nell'attività dell'Ente tali da richiedere una modifica del Piano;

- segnalano tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e accesso civico nonché qualsiasi altra informazione utile per il conseguimento delle finalità di cui al presente Piano;
- verificano l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

### **2.3.3.5. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) partecipa al processo di gestione del rischio, considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti, svolge i compiti connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33/2013) ed esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'IZSUM (art. 54, comma 5, D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i.).

In relazione ai compiti dell'OIV, previsti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, indicati nel PNA e nell'art.14, com.4 lett.g, del D.L. 27 Ottobre 2009 n°150, sull'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, effettua la verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale. L'esito della valutazione, per l'anno, deve avvenire entro il termine stabilito annualmente con Delibera dell'ANAC e la pubblicazione sul sito web dell'IZSUM entro il 30 del mese successivo.

Inoltre l'OIV valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Verifica i contenuti della Relazione del RPCT recante i risultati dell'attività svolta in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'OIV può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

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

### **2.3.3.6. Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)**

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

### **2.3.3.7. Dipendenti e Collaboratori a qualsiasi titolo dell'IZSUM**

Tutti i dipendenti dell'IZSUM rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione e le prescrizioni contenute nel presente documento, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. (art. 6 bis Legge n. 241/90 s.m.i.).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'IZSUM osservano le misure contenute nel PTPCT e segnalano le eventuali situazioni di illecito (art. 8 Codice di comportamento).

Tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto partecipano inoltre al processo di gestione del rischio.

### 2.3.4 Il modello di gestione del rischio

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato e attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La gestione del rischio comprende l'insieme di attività che consentono di dirigere, monitorare e controllare il livello di rischio cui un'organizzazione può essere soggetta. Il rischio viene considerato come un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi e una minaccia per l'efficacia e l'efficienza di un'iniziativa, di un processo, di un'organizzazione.

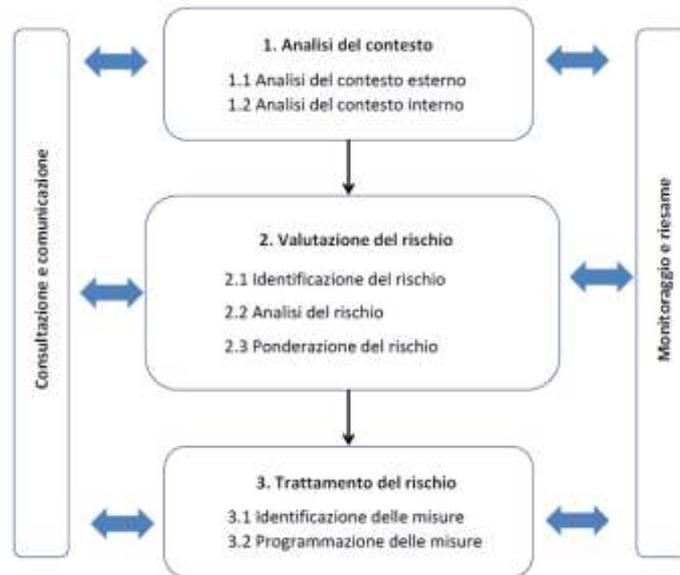
Si danno prioritariamente informazioni sul significato di alcuni termini:

- Per **“rischio”** si intende un evento potenziale suscettibile di generare disfunzioni o irregolarità e, di conseguenza, influenzare negativamente il perseguimento degli obiettivi istituzionali.
- Per **“evento”** si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'IZSUM.
- Per **“titolare del rischio”** si intende la persona che ha la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.
- Per **“Mappatura dei processi”** si intende l'attività che consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase.
- Per **“processo”** si intende un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output di processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).
- Per **“valutazione del rischio”** si intende il processo di identificazione, analisi e ponderazione del rischio.
- Per **“trattamento del rischio”** si intende il processo per modificare il rischio ovvero l'attività di individuazione delle misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.
- Per **“gestione del rischio”** si intende l'insieme di attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Ente con riferimento al rischio.

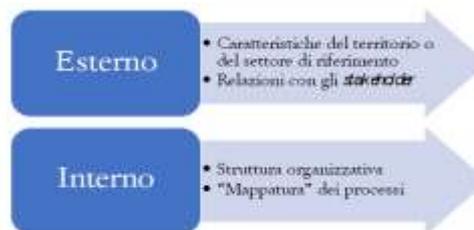
Il processo di gestione del rischio è stato sviluppato secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento seguendo i principi previsti dalla ISO 31000.

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

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



### 2.3.3.9. Analisi del contesto di riferimento



#### **CONTESTO ESTERNO: aspetti legati alla sicurezza e legalità nel territorio di riferimento**

In questo paragrafo andremo ad analizzare il contesto esterno esclusivamente al fine di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto quotidianamente opera, le cui particolarità possono favorire la produzione di fenomeni corruttivi, condizionando al contempo, la medesima valutazione del rischio corruttivo e il conseguente monitoraggio circa la validità ed idoneità delle misure di prevenzione poste in essere. Tale analisi costituisce la fase preliminare essenziale per consentire all'Ente di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo perché permette di individuare le caratteristiche criminologiche e contestualmente completa l'analisi di contesto definita nel PIAO dalla quale si possono evincere le caratteristiche culturali, sociali, economiche proprie del territorio di pertinenza, nonché le relazioni esistenti con gli stakeholder e di come possano, queste ultime, influenzare l'attività amministrativa, favorendo eventuali fenomeni corruttivi.

A livello nazionale, con l'attuazione del decreto legge n. 76/2020, il c.d. "decreto Semplificazioni" convertito in legge n. 120/2020, che ha come obiettivo il rilancio dell'economia nazionale attraverso la semplificazione delle procedure in materia di contratti pubblici nonché in materia di responsabilità del personale delle Pubbliche Amministrazioni, si possono agevolare fenomeni di natura illecita. Inoltre il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvato in Italia il 13 luglio 2021 porterà in Italia ingenti somme di denaro; è opportuno quindi aumentare i controlli e la trasparenza affinché tali somme non finiscano per alimentare le criminalità organizzate. Su queste tematiche si è espressa molto chiaramente anche l'ANAC che si auspica, maggiore attenzione da parte di tutti, soprattutto in ambito di appalti pubblici; *"Dobbiamo tenere alta l'attenzione soprattutto in questo momento di grande sforzo di Investimenti legati al 'Pnrr', evitando che finiscano per alimentare la criminalità organizzata. In questo senso, lo sforzo di*

*trasparenza e controllabilità che stiamo svolgendo come Anac rende possibile coniugare la semplificazione e il rispetto dei tempi con la maggiore controllabilità, che deve estendersi a tutti i soggetti coinvolti nei contratti e quindi a tutti i subappaltatori”<sup>2</sup>*

➤ Marche<sup>3</sup>

Il territorio marchigiano è caratterizzato da una significativa presenza imprenditoriale nei settori agroalimentare, manifatturiero e turistico e proprio per questa sua particolare vocazione rappresentata da un sistema produttivo per lo più basato su imprese di piccole e medie dimensioni la Regione potrebbe essere a rischio di infiltrazioni illecite in economia. Dall’attività di analisi e dalle operazioni scaturite dalle varie attività di polizia è peraltro emerso che ad oggi non ci sono associazioni criminali radicate nel territorio marchigiano, piuttosto proiezioni riconducibili alle mafie tipiche. È noto che le organizzazioni criminali hanno una spiccata propensione per il settore edile e degli appalti pubblici gestiti attraverso la costituzione di imprese controllate da referenti o soggetti legati ai sodalizi mafiosi. L’infiltrazione nel tessuto imprenditoriale marchigiano potrebbe nascere per intercettare i finanziamenti pubblici per la ricostruzione “post sisma”. In conseguenza alla pandemica l’impegno operativo delle Forze di polizia è indirizzato anche a monitorare sia la fase dell’aggiudicazione di appalti per la realizzazione e il potenziamento di opere e infrastrutture sanitarie, sia i servizi connessi con il “ciclo della sanità” quali la produzione e la fornitura di presidi e dispositivi medici, la gestione dei rifiuti speciali sanitari e la sanificazione ambientale tutti campi notoriamente rientranti nelle mire della criminalità organizzata. Le ingenti risorse assegnate alla Regione Marche con il PNRR, nonché i Fondi Strutturali della Programmazione 2021-2027 incrementati poiché la Regione è stata da qualche anno declassata a “Regione in transizione” potrebbero sollecitare gli appetiti delle consorterie criminali. Quest’ultimo dichiarato è stato confermato nella Relazione sull’amministrazione della giustizia nel Distretto della Corte di Appello di Ancona presentata nell’Assemblea generale del 22 gennaio 2022 in cui si legge che *“quella di matrice mafiosa potrebbe infatti trarre profitto dalle attuali difficoltà congiunturali ai fini di riciclaggio dei capitali illeciti, ricorrendo anche alla pratica dell’usura nei confronti sia dei singoli cittadini che dell’imprenditoria. Altro elemento di possibile interesse per l’infiltrazione mafiosa nel tessuto imprenditoriale marchigiano è certamente rappresentato dai finanziamenti pubblici per la ricostruzione “post sisma”. Ancora si evidenzia come la regione Marche “rappresenti un territorio ideale, proprio per la sua immagine di “zona franca”, per l’effettuazione di operazioni di riciclaggio e reimpiego di proventi derivanti da attività delittuose, oltre che per lo svolgimento di attività di prestazione di servizi illeciti, da parte di professionisti nel territorio comunque collegati ad associazioni mafiose”*. Come suindicato sebbene nella Regione non si registrano al momento forme di stabile radicamento delle mafie “tradizionali” negli ultimi anni si è comunque evidenziata la presenza e talvolta l’operatività di affiliati alla criminalità organizzata calabrese. È il caso della provincia di Pesaro Urbino laddove è stata accertata l’operatività di soggetti riconducibili alle cosche dell’area reggina e dell’anconetano dove è stato riscontrato come alcuni soggetti legati alla ‘ndrina GRANDE ARACRI fossero dediti a pratiche usuarie ed estorsive anche aggravate dal metodo mafioso. Si legge inoltre sui media di un presunto traffico illecito di rifiuti a danno dell’ambiente nella discarica dell’Alto Bretta ad Ascoli Piceno, con profitti per 4,35 milioni di euro, che sarebbe stato in qual modo agevolato da un ‘sistema di favoritismi’, per trattare anche rifiuti speciali e pericolosi, che coinvolgerebbe a vario titolo alcuni esponenti politici, pubblici amministratori e

---

<sup>2</sup> Fonte: 21 marzo 2022, Giuseppe Busia, Presidente di Anac, in occasione della “Giornata della memoria e dell’impegno in ricordo delle vittime innocenti delle mafie”

<sup>3</sup> Fonte: Relazione del Ministro dell’Interno al Parlamento - ATTIVITÀ SVOLTA E RISULTATI CONSEGUITI DALLA DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA (DIA) Luglio - Dicembre 2021

appartenenti alle forze dell'ordine.<sup>4</sup> Inoltre, con riferimento all'andamento della criminalità nel territorio regionale (periodo luglio 2020 – giugno 2021), si è evidenziato che durante il periodo del lockdown è stato registrato un decremento della commissione dei reati comuni quali furti (-17% nel periodo considerato) e rapine (-6%), mentre risulta aumentato il numero di truffe ed estorsioni commessi via internet (reati informatici +101%).<sup>5</sup>

#### ➤ Umbria<sup>6</sup>

La Regione continua a non essere coinvolta da forme di stabile radicamento e insediamento di organizzazioni criminali di tipo mafioso ma comunque rappresenta territorio appetibile per il reinvestimento di capitali illeciti. Elementi di possibile attrazione per gli affari delle organizzazioni criminali sono rappresentati dalle opportunità offerte dal territorio per il riciclaggio, nonché dai finanziamenti pubblici per la ricostruzione post sisma che hanno già evidenziato tentativi di infiltrazione negli appalti da parte di società riconducibili a organizzazioni criminali extraregionali. Particolare attenzione viene posta alle piccole e medie imprese che caratterizzano il locale tessuto produttivo e che potrebbero essere oggetto di interesse per le organizzazioni criminali di matrice 'ndranghetista e camorrista sempre attive nell'attività di riciclaggio dei capitali illecitamente acquisiti. Inoltre gli effetti della crisi economica aggravati dall'epidemia da Covid-19 hanno esposto le realtà imprenditoriali locali ad una particolare vulnerabilità causata dalle contingenti difficoltà economiche e dalla minore disponibilità della liquidità degli imprenditori locali. Come asserito dal Procuratore Generale presso la Corte d'Appello, Sergio SOTTANI, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2021 *"la regione, proprio per la sua immagine di "zona franca", si presta all'effettuazione di operazioni di riciclaggio e reimpiego di proventi derivanti da attività delittuose, oltre che per lo svolgimento di attività di prestazione di servizi illeciti, da parte di professionisti nel territorio comunque collegati ad associazioni mafiose"*. Come suindicato sebbene nella Regione non si registrano al momento forme di stabile radicamento delle mafie "tradizionali" negli ultimi anni si è comunque evidenziata la presenza e talvolta l'operatività di affiliati alla criminalità organizzata calabrese. In Umbria, tra l'1 gennaio 2010 e il 15 settembre 2021, sono state svolte 15 inchieste sulla corruzione in materia ambientale; tale valore corrisponde all'1,2% del totale nazionale che si attesta a 1.236 indagini totali. Le persone denunciate, in Umbria nello stesso periodo, sono 129, pari all'1,3% del totale italiano. Il rapporto arrestati su denunciati per reati di corruzione ambientale, in Umbria nel periodo considerato, si attesta al 37,2%, valore molto inferiore a quello medio italiano, pari al 73,6%. Il valore umbro è il sedicesimo tra le regioni nell'ordinamento decrescente del rapporto.<sup>7</sup>

- Corruzione nella Pubblica Amministrazione

L'ultimo Report del Servizio Analisi Criminale del DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA - DIREZIONE CENTRALE DELLA POLIZIA CRIMINALE del Ministero dell'Interno<sup>8</sup> evidenzia il fenomeno della *corruzione* attraverso l'esame del patrimonio informativo delle Forze di polizia. Dall'esame dei dati statistici è comunque possibile evidenziare, a parità delle restanti condizioni, l'andamento del fenomeno nel tempo dal 2004 al 2021. L'ambito esplorato è quello più ampio dei delitti legati al fenomeno corruttivo, ricompresi tra i delitti contro la Pubblica Amministrazione, che sono contemplati nel titolo

---

<sup>4</sup> Fonte: <https://www.antimafiaduemila.com/home/mafie-news/261-cronaca/88632-traffico-rifiuti-e-corruzione-24-indagati-da-dda-marche.html>

<sup>5</sup> Fonte: Procuratore Generale della Corte d'Appello di Ancona, in occasione dell'intervento di apertura dell'anno giudiziario 2022.

<sup>6</sup> Fonte: Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - ATTIVITÀ SVOLTA E RISULTATI CONSEGUITI DALLA DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA (DIA) Luglio - Dicembre 2021

<sup>7</sup> Fonte: <https://webstat.regione.umbria.it/corruzione-in-materia-ambientale/>.

<sup>8</sup> Fonte:

Il del libro II del Codice penale e riguardano gli illeciti che incidono negativamente sulle attività dello Stato e degli Enti pubblici. Vengono analizzate dodici fattispecie in relazione alle quali si intende valutare l'evoluzione del fenomeno a livello nazionale individuando le aree geografiche maggiormente interessate in relazione al triennio 2019-2021.

Tabella 1 – Delitti contro la PA dal 2004 al 2021

Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2021. (Dati di fonte SDI/SSD non consolidati per il 2021, estratti il 21/01/2022)																			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Art. 314 -Peculato-	274	279	243	270	282	330	387	333	453	443	403	360	374	371	348	465	273	246	
Art. 316 -Peculato mediante profitto dell'errore altrui-	17	11	15	22	14	41	49	44	47	23	26	18	14	6	8	3	5	10	
Art. 317 -Concussione-	138	115	86	130	145	140	146	130	168	130	111	65	69	67	53	55	45	35	
Art. 318 -Corruzione per l'esercizio della funzione-	27	21	14	18	17	41	19	13	18	17	24	39	36	35	24	27	23	13	
Art. 319 -Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio-	119	93	92	92	120	98	82	95	115	101	76	120	112	126	80	114	81	50	
Art. 319 ter -Corruzione in atti giudiziari-	9	6	10	7	4	7	6	8	6	8	6	8	22	10	11	17	21	8	
Art. 319 quater -Induzione indebita a dare o promettere utilità-										31	33	44	50	37	31	33	52	24	
Art. 320 -Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio-	12	12	6	18	11	32	10	19	22	17	9	29	13	8	15	8	12	11	
Art. 321 -Pene per il corruttore-	74	60	55	56	65	65	49	73	71	75	46	95	84	99	57	86	65	42	
Art. 322 -Istigazione alla corruzione-	173	167	184	195	246	217	216	222	202	182	185	169	144	157	134	116	97	91	
Art. 323 -Abuso d'ufficio-	1.016	1.051	935	1.097	1.168	1.099	1.193	1.196	1.259	1.144	1.254	1.179	1.177	1.106	1.063	1.009	1.365	1.025	
Art. 346 bis -Traffico di influenze illecite-										2	4	8	1	9	7	20	28	17	

Da un primo esame della tabella si evidenzia come il dato più rilevante sia quello che riguarda l'abuso di ufficio (art. 323 c.p.), che tra l'altro è l'unico reato ad aver mantenuto un trend sostanzialmente costante nel tempo. Per le altre fattispecie individuate i valori risultano più contenuti e con un andamento oscillante anche se, nell'ultimo triennio, si rileva una flessione per il peculato (art. 314 c.p.), la concussione (art. 317 c.p.), la "corruzione" (artt. 318 e 319 c.p.) e l'istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.).

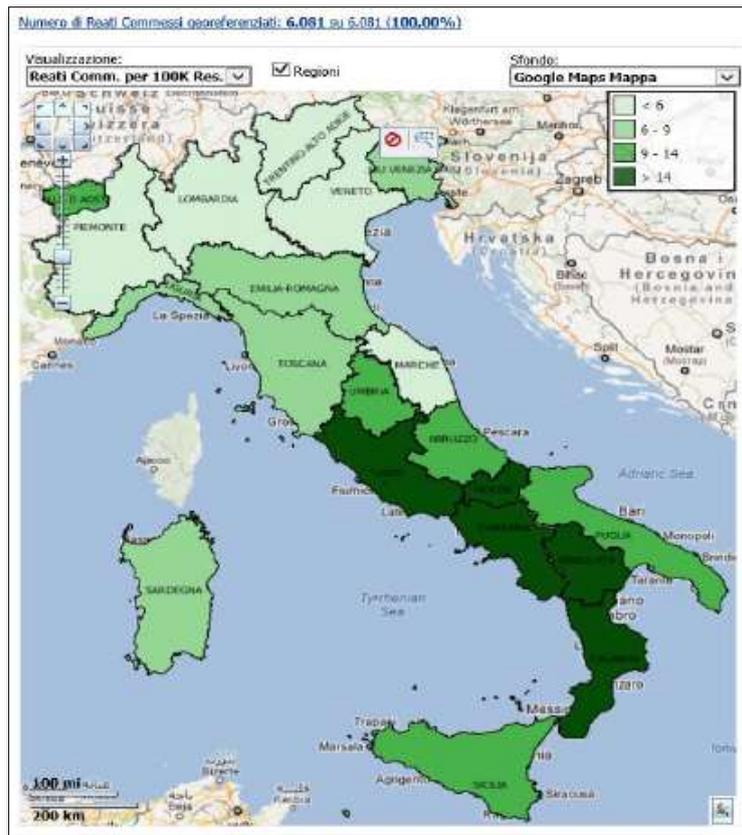
Tabella 2 – Delitti contro la PA aggregati dal 2004 al 2021

Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2021. (Dati di fonte SDI/SSD non consolidati per il 2021, estratti il 21/01/2022)																			
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var. % 2004- 2021
<b>Concussione</b> (artt. 317 e 319 quater c.p.)	138	115	86	130	145	140	146	130	168	161	144	109	119	104	84	86	97	59	-57,2 %
<b>Reati corruttivi</b> (artt. 318, 319, 319 ter, 320, 321, 322 e 346 bis c.p.)	414	359	361	386	463	460	382	430	433	402	350	468	412	444	328	388	327	232	-44,0 %
<b>Peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui</b> (artt. 314 e 316 c.p.)	291	290	258	292	296	371	436	377	500	466	429	378	388	377	356	468	278	256	-12,0 %
<b>Abuso di ufficio</b> (art. 323 c.p.)	1.016	1.051	935	1.097	1.168	1.099	1.193	1.196	1.259	1.144	1.254	1.179	1.177	1.106	1.063	1.009	1.365	1.025	+0,9 %

La tabella sopra riporta i delitti aggregati per macro-categorie. Si evidenzia che, ad eccezione dell'abuso d'ufficio, il confronto dei dati nazionali evidenzia delle riduzioni significative.

Per avere un riferimento aggiornato sull'*incidenza* del fenomeno criminale sul territorio sono stati rapportati i reati alla popolazione residente. Analizzando quindi complessivamente i reati nel triennio che va dal 1° gennaio 2019 – 31 dicembre 2021, a livello nazionale si ottiene un valore medio di **10,03 eventi per 100 mila abitanti**. L'Umbria risulta sopra la media nazionale con un valore pari a **13,90**, mentre le Marche registrano un valore pari a **5,24** quindi nettamente inferiore al valore nazionale.

Mappa 1 – Numero dei reati georeferenziati su 100k abitanti



Ripetendo la stessa tipologia di analisi per le 4 classi di reato si ha:

- **CONCUSSIONE (ARTT. 317, 319 QUATER C.P.)**



<b>Media Nazionale</b>	<b>0,47</b>
<b>Umbria</b>	0,33
<b>Marche</b>	0,32

- **REATI CORRUTTIVI (ARTT. 318, 319, 319 TER, 320, 321, 322, 346 BIS C.P.)**



<b>Media Nazionale</b>	<b>1,80</b>
<b>Umbria</b>	3,53
<b>Marche</b>	1,02

- **PECULATO E PECULATO MEDIANTE PROFITTO DELL'ERRORE ALTRUI (ARTT. 314, 316 C.P.)**



<b>Media Nazionale</b>	<b>1,82</b>
<b>Umbria</b>	2,21
<b>Marche</b>	1,41

- ABUSO DI UFFICIO (ART. 323 C.P.)



<b>Media Nazionale</b>	<b>5,94</b>
<b>Umbria</b>	7,83
<b>Marche</b>	2,49

## CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto organizzativo interno è utile a evidenziare il sistema delle responsabilità e il livello di complessità connesso alla dimensione organizzativa dell'IZSUM in relazione alle attività svolte.

La descrizione del contesto interno è sviluppata nel dettaglio nella Sezione Organizzazione e Capitale Umano del PIAO.

Gli strumenti interni all'organizzazione che possono consentire il contrasto di fenomeni corruttivi e che assumono una funzione importante sono:

- La definizione di ruoli e responsabilità;
- La presenza di strumenti di programmazione che siano coerenti con l'obiettivo di contrasto alla corruzione, valorizzando anche la cultura dell'etica
- Il regolamentazione aziendale;
- L'adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità;
- La mappatura dei processi necessaria per identificare le aree che risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi. Il risultato di tale mappatura è parte integrante del presente piano.

### ➤ *Aree a rischio e mappatura dei processi*

Ai sensi dell'Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 "Piano Nazionale Anticorruzione 2019" la mappatura dei processi comporta l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, riconducibili alle Aree a rischio corruzione. Un processo può essere definito come una "sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)".

La mappatura dei processi consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. Come precisato nel PNA 2019 "una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo".

L' "ALLEGATO 1 – MAPPATURA DEI PROCESSI e VALUTAZIONE DEL RISCHIO" riporta le macro aree di attività individuate a rischio corruzione e, per ciascun processo, le attività a rischio del verificarsi di fenomeni corruttivi.

La mappatura dei processi ha comportato una serie di attività di rilevazione e di analisi organizzative quali:

- L'identificazione e descrizione dei processi;
- La rilevazione delle attività per ogni singolo processo;
- Individuazione del responsabile del processo;
- Le risorse coinvolte nel processo;
- I delegati delle singole attività.

Nel 2021 sono state prodotte nuove schede per la rilevazione dei processi sia amministrativi che tecnico-sanitari. A seguito del monitoraggio di primo livello in autovalutazione effettuato nel mese di dicembre scorso, tutti i responsabili di strutture hanno avuto modo di revisionare/aggiornare i processi afferenti le proprie strutture e la valutazione di rischi. L' ALLEGATO 1, pertanto, riporta i processi e la valutazione del rischio tenuto conto degli esiti del monitoraggio e delle eventuali misure programmate ma non attuate.

### 2.3.3.10 Analisi S.W.O.T

La S.W.O.T. è uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto esterno ed interno e consente di ottenere una visione integrata degli esiti delle due fasi di analisi del contesto. In questo modo l'amministrazione sarà nelle condizioni di individuare con ragionevole certezza i punti di forza interni all'organizzazione che potrebbero agevolare il raggiungimento degli obiettivi e i punti di debolezza che invece potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento degli stessi. Essa sintetizza la rilevazione delle informazioni di contesto esterno in termini di minacce ed opportunità e la rilevazione di dati e di informazioni attinenti il contesto interno in termini di punti di forza e debolezza. Si riporta di seguito il risultato del *brainstorming* con il personale dirigente sviluppato nell'ambito di un corso di formazione interno all'Ente. (2022)

PUNTI DI FORZA (interni)	PUNTI DI DEBOLEZZA (interni)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONTESTO</b> (APPARTENENZA RETE IIZZSS)</li> <li>• <b>ATTIVITA'</b> (CENTRI DI REFERENZA, PRODUZIONE VACCINI AUTOGENI, SORVEGLIANZA SANITARIA ATTIVA TERRITORIO, SORVEGLIANZA SANITARIA PASSIVA TERRITORIO, OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO) <b>CORE BUSINESS</b></li> <li>• <b>MULTIDISCIPLINARIETA'</b></li> <li>• <b>ORGANIZZAZIONE</b> (ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI, FLESSIBILITA')</li> <li>• <b>RISORSE UMANE</b> (COMPETENZE, PARITA' DI GENERE, FLESSIBILITA', PERSONALE GIOVANE NELLA PIRAMIDE DELLA RICERCA)</li> <li>• <b>TECNOLOGIA</b> (LIMS AZIENDALE, TECNOLOGIE INNOVATIVE)</li> <li>• <b>ACCREDITAMENTO/SQ</b> (PROCEDURE PRODUTTIVE CERTIFICATE, PROCEDURE ANALITICHE ACCREDITATE, FORMAZIONE ACCREDITATA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONTESTO</b> (DISLOCAZIONE TERRITORIALE, AMBITI TERRITORIALI RISTRETTI – DIFFICOLTA' A FARE SQUADRA)</li> <li>• <b>FINANZIAMENTO</b> (CAPACITA' DI INTERCETTARE RISORSE FINANZIARIE, RISORSE FINANZIARIE LIMITATE)</li> <li>• <b>CAPITALE</b> (MANCATO AMMODERNAMENTO STRUMENTAZIONE, OBSOLESCENZA DELLE STRUTTURE)</li> <li>• <b>ORGANIZZAZIONE</b> (MODELLO ORGANIZZATIVO, RAPPORTO PERSONALE/APPARECCHIATURE INADEGUATO, BUROCRAZIA)</li> <li>• <b>RISORSE UMANE</b> (CARENZA RISORSE UMANE, DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE, MANCATO AVVICENDAMENTO DEL PERSONALE, TRASFERIMENTO DELLE COMPETENZE, FUGA DEI CERVELLI, RAPPORTI INTERPERSONALI)</li> <li>• <b>COMUNICAZIONE INTERNA/ESTERNA</b> (CARTA DEI SERVIZI)</li> <li>• <b>SISTEMI INFORMATIVI</b> (LIMITATA INTEROPERABILITA')</li> <li>• <b>TARIFFARIO</b> (NON ADEGUATO)</li> </ul>

OPPORTUNITA' (esterne)	MINACCE (esterne)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CONTESTO</b> (EMERGENZE, CONTRASTO ANTIBIOTICO RESISTENZA ADERENZA SUL TERRITORIO)</li> <li>• <b>RETE ONE HEALTH</b></li> <li>• <b>COOPERAZIONE INTERNAZIONALE</b></li> <li>• <b>RAPPORTI CON COMUNITA' SCIENTIFICA</b></li> <li>• <b>BANDI RICERCA, PNRR</b></li> <li>• <b>PARTECIPAZIONE TAVOLI REGIONALI</b></li> <li>• <b>SENSIBILITA' STAKEHOLDERS</b></li> <li>• <b>SVILUPPO LINEE PRODUTTIVE (VACCINI) CERTIFICATE</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>CONTESTO</b> (POLITICA, VINCOLI NORMATIVI, BUROCRAZIA, EMERGENZE, RIDUZIONE POPOLAZIONE ZOOTECNICA)</li> <li>▪ <b>INCAPACITA' DI FARE RETE</b></li> <li>▪ <b>MERCATO</b> (CONCORRENZA CON ALTRE ISTITUZIONI PUBBLICHE E PRIVATE, AUMENTO LABORATORI PRIVATI ACCREDITATI, RICHIESTA DELLE AZIENDE PRIVATE DI APPROPRIARSI DI PRODUZIONI IZSUM, OCCUPAZIONI DEL MERCATO DI ALTRI ENTI)</li> <li>• <b>BIOTERRORISMO</b></li> <li>• <b>CYBER SECURITY</b></li> </ul>

### 2.3.4.1 Valutazione del Rischio

Ai sensi dell'Allegato 1 alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 "Piano Nazionale Anticorruzione 2019" la valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive.

La valutazione del rischio si è articolata in tre fasi:

- 1) **Identificazione:** è l'individuazione degli eventi rischiosi ed ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.
- 2) **Analisi:** ha come duplice obiettivo sia quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione sia quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.
- 3) **Ponderazione:** L'obiettivo è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione"<sup>9</sup>.

In altre parole la fase di ponderazione ha lo scopo di stabilire:

- a. Le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- b. Le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera.

Al fine dell'identificazione del rischio è necessario:

- Definire l'oggetto di analisi;
- Utilizzare opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative;
- Individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- Scegliere l'approccio valutativo;
- Individuare i criteri di valutazione;
- Rilevare i dati e le informazioni;

<sup>9</sup> UNI ISO 31000:2010 Gestione del rischio – Principi e linee guida.

- Formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

A partire dal PTPCT 2022-2024 l'IZSUM ha revisionato l'approccio valutativo per l'attività di "analisi dei rischi" con l'obiettivo di valutare l'esposizione ad eventi rischiosi dei processi organizzativi (sia amministrativi che tecnico-sanitari) considerando come oggetto di analisi ogni attività del singolo processo in assenza di trattamento determinando così il **rischio inerente**.

L'approccio valutativo scelto è di tipo **qualitativo** in linea con quanto espresso dall'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019.

Gli indicatori elementari individuati per la valutazione del rischio sono stati suddivisi in due categorie distinte al fine di ottenere due **indicatori sintetici**: indice di probabilità e indice di danno/impatto.

Per l'**indice di probabilità** sono stati scelti i seguenti indicatori elementari:

1. Richieste di accesso civico;
2. Richieste di accesso agli atti;
3. Livello di opacità del processo;
4. Segnalazioni, reclami;
5. Adesione al PTPCT;
6. Rilevanza degli interessi esterni.

Ad ognuno di questi indicatori può essere assegnato un livello di gravità basato su una scala da 1 a 5:

- a) Improbabile – valore 1;
- b) Poco Probabile – valore 2;
- c) Moderatamente Probabile – valore 3;
- d) Probabile – valore 4;
- e) Molto Probabile – valore 5.

INDICE DI PROBABILITA'	
<b>1. Richieste di accesso civico</b>	Livello assegnato
misurato come numero di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato"	
<i>Molto Probabile: ci sono state più di 2 richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Probabile: ci sono state 2 richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Moderatamente Probabile: c'è stata una richiesta di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Poco Probabile: non ci sono state richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Improbabile: non ci sono state richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso degli ultimi 2 anni.</i>	
<b>2. Richieste di accesso agli atti</b>	Livello assegnato
misurato come numero di accesso agli atti	
<i>Molto Probabile: ci sono state più di 2 richieste di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Probabile: ci sono state 2 richieste di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Moderatamente Probabile: c'è stata una richiesta di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Poco Probabile: non ci sono state richieste di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.</i>	
<i>Improbabile: non ci sono state richieste di accesso agli atti nel corso degli ultimi 2 anni.</i>	
<b>3. Livello di opacità del processo</b>	Livello assegnato
misurato come rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	
<i>Molto Probabile: ci sono stati più di 2 rilievi nel corso dell'ultimo anno</i>	

<b>Probabile:</b> ci sono stati 2 rilievi nel corso dell'ultimo biennio	
<b>Moderatamente Probabile:</b> c'è stato un rilievo nel corso dell'ultimo anno	
<b>Poco Probabile:</b> non ci stati rilievi nel corso dell'ultimo anno	
<b>Improbabile:</b> non ci sono stati più rilievi nel corso degli ultimi 2 anni	
<b>4. Segnalazioni, reclami</b>	Livello assegnato
numero delle segnalazioni /reclami pervenuti a mezzo email, telefono, indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa equità	
<b>Molto Probabile:</b> ci sono stati più di due segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso dell'ultimo anno	
<b>Probabile:</b> ci sono stati due segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi due anni	
<b>Moderatamente Probabile:</b> c'è stato una segnalazione/reclamo in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuto nel corso dell'ultimo anno	
<b>Poco Probabile:</b> non ci stati segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso dell'ultimo anno	
<b>Improbabile:</b> on ci sono stati segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi due anni	
<b>6. Adesione al PTPCT</b>	Livello assegnato
misurato attraverso solleciti da parte del RPCT	
<b>Molto Probabile:</b> ci sono stati più di due solleciti nel corso dell'ultimo anno	
<b>Probabile:</b> ci sono stati 2 solleciti nel corso dell'ultimo biennio	
<b>Moderatamente Probabile:</b> c'è stato un sollecito nel corso dell'ultimo anno	
<b>Poco Probabile:</b> non ci stati solleciti nel corso dell'ultimo anno	
<b>Improbabile:</b> non ci sono stati più solleciti nel corso degli ultimi 2 anni	
<b>7. Rilevanza degli interessi "esterni"</b>	Livello assegnato
quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	
<b>Molto Probabile:</b> Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari	
<b>Probabile:</b> Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari	
<b>Moderatamente Probabile:</b> Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari	
<b>Poco Probabile:</b> Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante	
<b>Improbabile:</b> Il processo non dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari	

Per l'indice di danno/impatto sono stati scelti i seguenti indicatori elementari:

1. Reputazione dell'Ente;
2. Danno economico per contenzioso;
3. Danno economico per rilievi;
4. Continuità del servizio;
5. Danno organizzativo.

Ad ognuno di questi indicatori può essere assegnato un livello di gravità basato su una scala da 1 a 5:

- a) Marginale – valore 1;
- b) Lieve – valore 2;
- c) Moderato – valore 3;
- d) Alto – valore 4;
- e) Estremo – valore 5.

INDICE DI IMPATTO/DANNO	
<b>1. Reputazione dell'Ente</b>	Livello assegnato
<b>Inteso come il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione o corruzione</b>	
<i>Estremo: un articolo e/o servizio nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione su stampa nazionale ed internazionale</i>	
<i>Alto: un articolo e/o servizio nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione su stampa locale (entrambe le regioni di competenza)</i>	
<i>Moderato: un articolo e/o servizio nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione su stampa locale (regionale)</i>	
<i>Lieve: nessun articolo e/o servizio negli ultimi due anni riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	
<i>Marginale: nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	
<b>2. Danno economico per contenzioso</b>	Livello assegnato
<b>Inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione</b>	
<i>Estremo: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico che pregiudica un danno economico &gt;100.000,00 €</i>	
<i>Alto: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico che pregiudica un danno economico compreso tra 50.000,00 € e 100.000,00 €</i>	
<i>Moderato: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico che pregiudica un danno economico compreso tra 10.000,00 € e 50.000,00 €</i>	
<i>Lieve: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico che pregiudica un danno economico &lt; 10.000,00 €</i>	
<i>Marginale: Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto e non pregiudica un danno economico</i>	
<b>3. Danno economico per rilevi</b>	Livello assegnato
<b>Inteso come i costi economici sostenuti a seguito di irregolarità riscontrate da autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)</b>	
<i>Estremo: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi, in termini di sanzioni, che potrebbero essere addebitate all'Ente (&gt; 100.000,00€)</i>	
<i>Alto: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi, in termini di sanzioni, che potrebbero essere addebitate all'Ente (tra 50.000,00 € e 100.000,00 €)</i>	
<i>Moderato: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi, in termini di sanzioni, che potrebbero essere addebitate all'Ente (tra 10.000,00 € e 50.000,00 €)</i>	
<i>Lieve: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi, in termini di sanzioni, che potrebbero essere addebitate all'Ente (tra 1.000,00 € e 10.000,00 €)</i>	
<i>Marginale: Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi comporta costi, in termini di sanzioni, che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli (&lt;1.000,00 €)</i>	
<b>4. Continuità del servizio</b>	Livello assegnato

<b>Inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti la fase del processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente</b>	
<i><b>Estremo:</b> Interruzione del servizio totale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente</i>	
<i><b>Alto:</b> Interruzione del servizio parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente</i>	
<i><b>Moderato:</b> Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso risorse esterne all'Ente</i>	
<i><b>Lieve:</b> Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Ente</i>	
<i><b>Marginale:</b> Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio</i>	
<b>5. Danno organizzativo</b>	Livello assegnato
<b>Inteso come irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit)</b>	
<i><b>Estremo:</b> Più di tre irregolarità nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	
<i><b>Alto:</b> Tre irregolarità nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	
<i><b>Moderato:</b> Una irregolarità nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	
<i><b>Lieve:</b> Nessuna irregolarità negli ultimi due anni riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	
<i><b>Marginale:</b> Nessuna irregolarità negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione</i>	

Gli indicatori di sintesi vengono calcolati come media matematica arrotondata per eccesso.

Il nuovo approccio valutativo ha interessato anche i fattori abilitanti del comportamento corruttivo, ossia quei fattori (prevalentemente organizzativi, ambientali e di contesto) che agevolano lo sviluppo di comportamenti corruttivi. Come fattori abilitanti sono stati considerati:

1. Discrezionalità;
2. Incoerenza normativa/regolamentare;
3. Livello di informatizzazione;
4. Competenze;
5. Autonomia;
6. Misure di trattamento del rischio corruttivo e relativo monitoraggio.

Ogni singolo fattore abilitante è stato assimilato ad un indicatore elementare a cui può essere assegnato un livello di gravità basato su una scala da 1 a 5:

- a) Nulli – valore 1;
- b) Scarsi – valore 2;
- c) Moderati – valore 3;
- d) Elevati – valore 4;
- e) Molto Elevati – valore 5.

FATTORI ABILITANTI	
<b>1. Discrezionalità</b>	Livello assegnato
<b>Focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti in relazione alle responsabilità attribuite</b>	
<i><b>Molto Elevati:</b> Discrezionalità totale sia nella definizione degli obiettivi operativi.</i>	
<i><b>Elevanti:</b> Ampia discrezionalità nella definizione di obiettivi operativi, presenza di prassi operative (parziali)</i>	
<i><b>Moderati:</b> Definizione di obiettivi in aderenza alla prassi operativa.</i>	

<b>Scarsi:</b> Scarsa discrezionalità in termini di obiettivi da adottare, sono presenti documenti di riferimento.	
<b>Nulli:</b> Assenza di discrezionalità in termini di obiettivi operativi.	
<b>2. Coerenza normativa/regolamentare</b>	Livello assegnato
<b>Focalizza il grado di coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative e gli strumenti normativi e di regolamentazione esterni ed interni</b>	
<b>Molto Elevati:</b> Il processo è regolato da diverse norme di livello sovranazionale, nazionale e regionale che disciplinano singoli aspetti, subiscono ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale; le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti.	
<b>Elevati:</b> Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale e regionale che disciplinano singoli aspetti, subiscono ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale che non sempre risultano coerente in entrambe le regioni di competenza; si sviluppano prassi operative che seguono le indicazioni previste	
<b>Moderati:</b> Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale e regionale che disciplinano singoli aspetti, subiscono interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale che risultano coerenti in entrambe le regioni di competenza; si sviluppano prassi operative che seguono le indicazioni previste	
<b>Scarsi:</b> Il processo è regolato da norme di livello nazionale e regionale che subiscono interventi di riforma, modifica e/o integrazione con una frequenza che permette di adeguare la prassi operativa e parzialmente allineate alle procedure aziendali.	
<b>Nulli:</b> La normativa che regola il processo è chiara, sono presenti procedure aziendali a supporto che vengono prontamente allineate alla normativa vigente.	
<b>3. Livello di informatizzazione</b>	Livello assegnato
<b>Focalizza il grado di automatizzazione delle procedure d'ufficio mediante l'uso di software specifici, in luogo di supporti cartacei</b>	
<b>Molto Elevati:</b> Il processo è svolto interamente a mano. Mancano procedure informatizzate a supporto dell'attività.	
<b>Elevati:</b> Il processo è svolto quasi per la sua totalità a mano. Ci sono procedure informatizzate a supporto dell'attività solo per una minima parte.	
<b>Moderati:</b> Il processo è svolto in parte a mano, in parte con il supporto di procedure informatizzate.	
<b>Scarsi:</b> Il processo è svolto per la quasi totalità con il supporto di procedure informatizzate, lasciando una minima parte residuale di gestione manuale.	
<b>Nulli:</b> Il processo è svolto interamente con il supporto di procedure informatizzate.	
<b>4. Competenze</b>	Livello assegnato
<b>Focalizza il grado di competenza/formazione del personale coinvolto nel processo</b>	
<b>Molto Elevati:</b> Il processo è svolto esclusivamente da personale con competenze limitate e non formato in modo specifico.	
<b>Elevati:</b> Alcune fasi del processo sono svolte esclusivamente da personale con competenze limitate e non formato in modo specifico.	
<b>Moderati:</b> Alcune fasi del processo sono svolte esclusivamente da personale con competenze di base limitate e formato in modo specifico.	
<b>Scarsi:</b> Una parte del processo è svolto da personale con competenze di base limitate e formato in modo specifico e l'attività svolta viene supervisionata da personale qualificato e competente.	
<b>Nulli:</b> Il processo è svolto esclusivamente da personale formato e competente in materia.	
<b>5. Autonomia</b>	Livello assegnato
<b>Focalizza il grado di autonomia/manca di supervisione nello svolgimento delle attività</b>	
<b>Molto Elevati:</b> Focalizza il grado di autonomia/manca di supervisione nello svolgimento delle attività.	
<b>Elevati:</b> Processo svolto da una sola persona in cui in alcune fasi del processo sono applicate misure di controllo/supervisione.	

**Moderati:** Processo svolto da una sola persona sottoposto a misure di controllo/supervisione

**Scarsi:** Processo svolto da diverse persone non sottoposto non sottoposto a misure di controllo/supervisione.

**Nulli:** Processo svolto da diverse persone sottoposto a misure di controllo/supervisione.

Il **Fattore Abilitante** inteso come indicatore di sintesi è espresso come media matematica arrotondata per eccesso.

Definiti i fattori abilitanti, l'indice di probabilità e l'indice di danno/impatto viene riportato, per ogni attività del processo, un **giudizio sintetico** espresso su una scala di valori di tipo qualitativo così definita:

- a) ALTISSIMO
- b) ALTO
- c) MEDIO
- d) BASSO
- e) BASSISSIMO

Il giudizio sintetico è stato riportato da parte dei singoli responsabile di struttura attraverso il criterio di autovalutazione; sarà cura dell'RPCT vagliare ogni singola valutazione per analizzarne la ragionevolezza ed evitare che una sottostima del rischio porti a non attuare azioni di mitigazione e, nei casi dubbi, sarà utilizzato il criterio generale di prudenza.

La valutazione del rischio dei processi è riportata all' ALLEGATO 1 – MAPPATURA DEI PROCESSI e VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La **ponderazione del rischio** è condotta nella consapevolezza che possa portare alla decisione di non sottoporre a ulteriore trattamento il rischio considerato basso e bassissimo, ma di limitarsi a mantenere attive le misure esistenti e su queste effettuare azioni di monitoraggio.

Quindi prioritariamente verranno considerati le attività che, in base ai parametri sopra riportati, hanno un rischio Altissimo e Alto.

### 2.3.5 Il trattamento del rischio e le misure preventive e i controlli da mettere in atto

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. A partire dal rischio inerente, in considerazione dei trattamenti già applicati (misure volte a mitigare l'evento rischioso), si è valutato il **rischio residuo** e la programmazione di eventuali ulteriori trattamenti.

A tal fine, i responsabili di struttura hanno progettato l'attuazione di misure specifiche, puntuali e sostenibili prevedendo scadenze ragionevoli. Infatti per ogni attività del singolo processo sono state riportate, all'interno di una apposita scheda fornita dall'RPCT, le misure generali, le misure specifiche già adottate con il relativo stato di attuazione al primo gennaio 2023 e la pianificazione di ulteriori misure specifiche.

In merito alla programmazione sono state individuate le tempistiche di attuazione delle misure nel triennio 2023-2025 con i relativi indicatori e il target da raggiungere al fine di monitorare ed eventualmente agire tempestivamente per la corretta attuazione delle stesse.

Tale metodologia è stata applicata a tutti i processi, sia amministrativi che tecnico-sanitari (ALLEGATO 2 – MISURE)

### Monitoraggio, verifica e controllo

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, verifica e controllo, essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio descritta nella sezione 4 del PIAO.

### **2.3.5.1 Misure organizzative di carattere generale per prevenire il Rischio di corruzione**

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

#### **2.3.5.1.1. Rotazione del personale**

L'art. 1, comma 4, lett. e) della L. 6.11.2012 n. 190 prevede che il Dipartimento della Funzione Pubblica, tra gli altri, definisca criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni.

Inoltre il comma 10 lett. b) dispone che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, valuta la possibilità di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Da ultimo l'art. 16, comma 1, lett. l quater del D.Lgs. 165/2001 prevede che i dirigenti dispongano, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per procedimenti di natura corruttiva.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche svolge attività di accertamento dello stato sanitario degli animali e di salubrità dei prodotti di origine animale nonché di ricerca scientifica sperimentale veterinaria.

L'organigramma dell'Istituto si compone di tre aree principali: Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa. In particolare i servizi dell'Area tecnico-amministrativa rappresentano lo strumento mediante il quale vengono gestite ed acquisite risorse umane e materiali necessarie al funzionamento dell'Istituto e garantiti gli adempimenti di carattere tecnico amministrativo richiesti dalla normativa vigente.

Le strutture che svolgono attività di rischio "generale" di corruzione (Delibera n.831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016") sono:

- Contratti Pubblici
- Struttura amministrazione del personale, incarichi e nomine;
- Struttura gestione economico finanziaria, gestione delle entrate delle spese e del patrimonio;
- Servizio formazione;

Per il 2020 è stata attuata una rotazione degli incarichi ordinaria strettamente connessa alla riorganizzazione dell'Istituto; tramite deliberazione si è provveduto all'assegnazione di nuovi incarichi.

#### **2.3.5.1.2. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower)**

In Italia l'istituto giuridico del c.d. Whistleblowing è stato introdotto dalla legge n. 190 del 6 novembre 2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*" in ottemperanza a raccomandazioni provenienti dall'ONU e dall'Unione Europea.

La disciplina è stata poi riformata con la legge n. 179 del 30 novembre 2017 "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*" che potenzia l'istituto del Whistleblowing prevedendo l'applicazione di sanzioni pecuniarie afflittive.

ANAC con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 ha adottato "*Le linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. Whistleblowing)*".

L'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001 modificato dalla L. 179/2017 prevede che:

*"1. Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.*

*2. Ai fini del presente articolo, per dipendente pubblico si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile. La disciplina di cui al presente articolo si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.*

*3. L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.*

*4. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.*

*5. L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta apposite linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni. Le linee guida prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.*

*6. Qualora venga accertata, nell'ambito dell'istruttoria condotta dall'ANAC, l'adozione di misure discriminatorie da parte di una delle amministrazioni pubbliche o di uno degli enti di cui al comma 2, fermi restando gli altri profili di responsabilità, l'ANAC applica al responsabile che ha adottato tale misura una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro. Qualora venga accertata l'assenza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni ovvero l'adozione di procedure non conformi a quelle di cui al comma 5, l'ANAC applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. Qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, si applica al responsabile la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 50.000 euro. L'ANAC determina l'entità della sanzione tenuto conto delle dimensioni dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione.*

*7. È a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente di cui al comma 2 dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive, adottate nei confronti del segnalante, sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'amministrazione o dall'ente sono nulli.*

8. *Il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 23.*

9. *Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave."*

Il whistleblower è qualunque dipendente o collaboratore a vario titolo dell'IZSUM che riferisce condotte illecite o irregolarità, nell'interesse dell'integrità dell'Istituto, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e decide di segnalarlo agli organi legittimati ad intervenire.

Il whistleblowing consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte ad incentivare e proteggere le segnalazioni.

La tutela accordata dalla sopra citata disposizione si applica a tutti i dipendenti, consulenti e collaboratori dell'IZSUM, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo nonché, per quanto compatibile, a lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzino opere, che segnalino comportamenti, ritenuti illeciti, tenuti da dipendenti o collaboratori dell'IZSUM. La disciplina non si estende ad altri soggetti come stagisti e tirocinanti che, pur svolgendo una attività lavorativa in favore dell'IZSUM, non godono dello status di "dipendente pubblico" ovvero a tutti quei soggetti che non sono più dipendenti pubblici quando effettuano la segnalazione (es. personale in pensione).

A partire dal 2021 l'IZSUM ha acquisito un nuovo portale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e la tutela del segnalante. Il nuovo portale, "IZSUM –Whistleblowing", utilizza la tecnologia open source Globaleaks che garantisce l'anonimato del segnalante. Il trasferimento di file e mail avviene in maniera sicura mediante crittografia grazie alla configurazione, nel portale stesso, di una coppia di chiavi PGP che ne permettono appunto sia la criptazione che la deciptazione. E' possibile fare una segnalazione mediante l'inserimento delle informazioni nel nuovo portale accessibile all'indirizzo <https://whistleblowing.izsum.it/#/>. La presenza di una nuova segnalazione sarà notificata al RPCT dell'Istituto tramite mail dal contenuto criptato. Registrando la segnalazione sul portale il sistema rilascia un codice identificativo univoco di 16 cifre (key code) utilizzabile per favorire in maniera spersonalizzata il dialogo tra il Whistleblower con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Con il documento **Policy WHISTLEBLOWING IZSUM 2021** pubblicato alla voce "Whistleblowing - Segnalazione di illeciti" della sezione "Altri contenuti" di Amministrazione Trasparente, che è parte integrante del presente piano, l'IZSUM modifica la sua "Whistleblowing Policy" allineandosi alle ultime linee guida in vigore e fornisce indicazioni operative sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni. Il documento è stato adottato con la Direttiva Aziendale del 13.12.2021. Nel corso dell'anno 2022 non sono pervenute segnalazioni.

### **2.3.5.1.3. Conferimento di incarichi dirigenziali: incompatibilità**

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

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

- **incarichi amministrativi di vertice:** incarichi di livello apicale quali, tra l'altro, quello di Direttore Generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione o all'ente che conferisce l'incarico che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione (art. 1, comma 2, lett. i);

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

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

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

L'**incompatibilità** viene, invece, definita come l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Ai sensi dell'art. 20 del decreto in esame l'accertamento dell'insussistenza delle cause di inconferibilità/incompatibilità avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini ed alle condizioni stabilite dall'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000, pubblicata sul sito dell'amministrazione o dell'ente pubblico o privato conferente.

La dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (art. 20, comma 4).

L'Istituto, ha illustrato ai dirigenti interessati le novità introdotte dal D.Lgs. 39/2013 allegando i seguenti modelli di dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 per i seguenti accertamenti:

- insussistenza inconferibilità ed incompatibilità incarichi di vertice;
- insussistenza incompatibilità incarichi direttore di dipartimento, struttura complessa e semplice;
- insussistenza inconferibilità per condanne penali incarichi dirigenziali interni ed esterni.

A tal fine viene richiesta al momento dell'attribuzione del nuovo incarico la dichiarazione di inconferibilità e incompatibilità e la stessa è parte integrante del contratto.

Nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale sono riportati gli estremi della delibera di attribuzione degli incarichi, il curriculum e la dichiarazione di inconferibilità e incompatibilità. Annualmente e preferibilmente entro il 31 gennaio di ogni anno viene richiesta a tutti i dirigenti incaricati, dall'ufficio gestione risorse umane, l'aggiornamento della dichiarazione medesima.

Tramite comunicazione a mezzo mail del 19 gennaio 2023 è stata richiesta a tutti i dirigenti dell'IZSUM di conferire la dichiarazione annuale di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità; al 31 gennaio 2023 le dichiarazioni dovranno essere pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente dell'IZSUM.

Nell'ipotesi di conferimento a personale esterno viene, inoltre, sempre richiesta ai competenti organi giudiziari, ai fini della verifica sull'insussistenza di condanne penali, la certificazione relativa ai carichi pendenti ed al casellario giudiziale.

#### 2.3.5.1.4. Conflitto di interessi

Il conflitto di interesse si realizza quando un interesse privato del dipendente (interesse secondario) interferisce, anche potenzialmente, con l'interesse pubblico (interesse primario) che egli deve perseguire. Il principio di imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione trova piena realizzazione con l'obbligo, da parte del dipendente che si trovi in una situazione di conflitto di interesse anche potenziale, di astenersi dal partecipare all'attività istituzionale.

La legge n. 190/2012, nell'intento di rafforzare tale principio, ha innovato la Legge n. 241/90 e s.m.i. sul procedimento amministrativo, introducendo l'art. 6 bis "conflitto di interesse" che prevede l'obbligo di astensione ed il dovere di segnalare ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, da parte del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti procedurali, nonché da parte del soggetto competente ad emanare il provvedimento finale.

Il quadro normativo deve essere completato con quanto disposto dal DPR 62/2013 (Codice di Comportamento) che all'art. 7 introduce una tipizzazione delle ipotesi di conflitto di interesse stabilendo quanto segue:

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

L'art. 13, comma 3, del DPR n. 62/2013 prevede che il Dirigente, prima di assumere le proprie funzioni, comunichi per iscritto all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta e dichiari l'esistenza di parenti o affini che versino in situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività dell'ufficio diretto. Per quanto attiene ai collaboratori è stata predisposta apposita dichiarazione, da sottoporre al momento del conferimento dell'incarico, che attesti l'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto di interesse, come previsto dall'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., come modificato dalla Legge n. 190/2012.

L'attestazione della verifica dell'insussistenza di conflitto viene pubblicata nel sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente".

Sul piano operativo, si prevede che entro il 30 Novembre, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, eventualmente per il tramite del Servizio Gestione Risorse Umane, trasmette al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza un report contenente i seguenti dati, relativi ai procedimenti disciplinare anche penalmente rilevanti:

- se nel corso dell'anno precedente sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi;
- se nel corso dell'anno precedente sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico di dipendenti, con indicazione del numero di procedimenti avviati, precisando se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni;
- se nel corso dell'anno precedente sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico di dipendenti, precisando se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, e a quali aree dell'amministrazione sono riconducibili i procedimenti penali.

Come misura ulteriore per gestire il conflitto di interessi, l'Istituto ha messo in atto una procedura in cui

ogni dipendente (afferente alla dirigenza o al comparto) chiede preventivamente l'autorizzazione a svolgere incarichi esterni fuori dall'orario di lavoro quali docenze, consulenze e in generale prestazioni professionali, anche occasionali. Il modulo di richiesta deve prevedere informazioni per qualificare inequivocabilmente l'eventuale incarico, correlata da una dichiarazione del dipendente riportante, tra le varie, che:

- l'incarico non rientra tra i compiti istituzionali, anche in relazione alla struttura di appartenenza;
- non sussistano motivi di **incompatibilità** e di **conflitto di interessi**.

Le richieste pervenute corredate dal parere del direttore o responsabile di struttura di appartenenza saranno valutate e verificate. Solamente le richieste idonee saranno autorizzate.

### **2.3.5.1.5. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (PANTOUFLAGE - REVOLVING DOORS)**

L'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. prevede che:

*"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi percepiti e accettati ad essi riferiti."*

A tal fine l'Istituto, tramite la competente struttura effettuerà una ricognizione sull'eventuale personale con qualifica dirigenziale che, negli ultimi tre anni, ha esercitato poteri autoritativi o negoziali in procedimenti o procedure per conto dell'amministrazione provvedendo ad integrare il contratto individuale di lavoro con la clausola relativa al divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto.

### **2.3.5.1.6. Trasparenza**

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" mediante pubblicazione di dati, informazioni e documenti stabiliti dalla legge nella sezione "Amministrazione Trasparente" raggiungibile dal sito web istituzionale.

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" sono pubblicati tutti i dati, le informazioni e gli atti previsti dall'ALLEGATO 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE. Tale allegato prevede anche il responsabile della pubblicazione. L'elenco è riesaminato contestualmente alla revisione del Piano triennale. L'Istituto si impegna a pubblicare i dati, rispettando le disposizioni comunitarie e nazionali in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali. Ci si impegna, pertanto, a rendere non intellegibili i dati personali non pertinenti, sensibili o giudiziari che non siano indispensabili alle finalità di trasparenza della pubblicazione e a non diffondere dati personali in mancanza di idonei presupposti normativi. Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso alle informazioni previste dalla normativa vigente nonché quelli relativi alla diffusione dei dati sensibili (l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale).

L'Istituto, nell'esercizio della propria discrezionalità, ha individuato un unico dirigente per lo svolgimento delle funzioni di Responsabile della Corruzione e della Trasparenza.

L'IZSUM adotta il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro il 31 Gennaio di ogni anno (salvo proroghe) e contestualmente provvede alla sua pubblicazione sul proprio sito istituzionale, con evidenza del nominativo del Dirigente individuato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

L'IZSUM adempie agli obblighi di trasparenza. A tal fine, nell'attuazione degli specifici adempimenti, tiene conto dei termini di entrata in vigore delle norme, attraverso la previsione di progressive fasi di implementazione conformandosi alle linee guida dell'ANAC riportate nella delibera n. 50/2013 ed alle indicazioni dalla stessa fornire con riferimento ai dati sui contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture.

Con Delibera del Direttore Generale n. 61 del 22 febbraio 2017 l'Istituto prende atto della delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016: "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. n.33/2013 come modificato dal D.lgs. n.97/2016" e approva un nuovo prospetto conformandosi a quanto previsto nell'allegato di cui alla delibera ANAC n.1310, in cui sono evidenziati i Responsabili degli uffici e delle unità operative che sono tenuti a pubblicare direttamente e/o delegando un proprio collaboratore, sul sito web istituzionale dell'Istituto nell'area "Amministrazione Trasparente", i dati previsti dal nuovo D.lgs. n. 97/2016.

A seguito della riorganizzazione, con Disposizione del Direttore Generale n. 3 del 18 febbraio 2021 vengono adeguate le responsabilità per le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale approvando quindi un nuovo prospetto, allegato al presente Piano quale parte integrante e sostanziale (ALLEGATO 3 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE).

Con deliberazione del Direttore Generale n. 474 del 21/12/2018, è stato approvato il nuovo Regolamento per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi ricomprendente anche le disposizioni per l'accesso civico e l'accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legislativo n. 33/2013 aggiornato con il Decreto Legislativo n. 97/2016 ed è stato istituito, come raccomandato dall'ANAC, il *Registro degli Accessi* che le Amministrazioni pubbliche devono pubblicare sui propri siti web al fine di rendere possibile un monitoraggio sulle decisioni in merito alle domande di accesso generalizzato.

Tale registro è curato e pubblicato sotto la responsabilità del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) in conformità alle Linee guida ANAC approvate con delibere n. 1309 e n. 1310 del 28/12/2016. Raccoglie le richieste di accesso pervenute all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" nelle sue diverse tipologie: diritto di accesso ai documenti amministrativi (art. 22 e ss. L. 241/1990), accesso civico (art. 5, comma 1, d.lgs. 33/2013) e accesso civico generalizzato (art. 5, comma 2, d.lgs. 33/2013).

Il Registro è aggiornato con cadenza trimestrale, con pubblicazione entro il mese successivo al trimestre di riferimento.

Per l'IZSUM la trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto strumentale atto alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità nell'ambito della sua attività pubblica. A tal fine, a partire dal 2021 l'IZSUM ha acquisito una nuova piattaforma PAT (Portale Amministrazione Trasparente) disponibile sul catalogo del riuso che ha sostituito la vecchia sezione Amministrazione Trasparente popolata e utilizzata attraverso componenti del sito web istituzionale. Il PAT ha permesso di superare alcuni limiti di strutturazione delle informazioni in quanto garantisce la piena compliance ed il tempestivo aggiornamento al quadro normativo di riferimento; è dotato di strumenti operativi di controllo garantendo la validità formale delle informazioni inserite. Il PAT è suddiviso in ambiente di back office e ambiente di pubblicazione. Il primo costituisce lo strumento di ausilio fondamentale per gli uffici chiamati ad adempiere agli obblighi imposti dalla legge, senza richiedere la conoscenza approfondita del quadro normativo di riferimento e competenze tecniche specifiche; il

secondo è caratterizzato da una struttura informativa circolare e correlata grazie alla quale l'utente finale può seguire un percorso logico di navigazione che conduce ad individuare velocemente le informazioni di suo interesse.

Nel secondo trimestre del 2022 il supporto tecnico dell'RPCT ha integrato la bozza di schema degli obblighi di pubblicazione, al fine di delineare ulteriormente i soggetti coinvolti nel workflow di pubblicazione suddividendo le responsabilità tra i soggetti che detengono i dati, per cui responsabili dell'invio, dai soggetti preposti alla pubblicazione. A corredo sono state redatte delle Linee Guida con l'obiettivo di concentrare in un unico documento le indicazioni e i suggerimenti forniti da ANAC e Garante per la protezione dei dati al fine di far coesistere l'obbligo di pubblicazione con il rispetto del Regolamento Europeo 679/2016 e, contestualmente, fornire istruzioni operative basilari all'uso di PAT a supporto dei soggetti coinvolti nel flusso di pubblicazione di dati, informazioni e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013. Tutta la documentazione è stata trasmessa alla Direzione Aziendale con Prot. Interno n. 13119 del 20.12.2022 per la deliberazione degli atti.

Il nuovo flusso redazionale sarà operativo nel corso del 2023.

#### **2.3.5.1.7. Codice di comportamento aziendale**

L'IZSUM, in ossequio a quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001 ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 422 del 24/12/2013 il proprio Codice di Comportamento sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) (delibera 75/2013).

Il codice di comportamento è pubblicato nel sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Per l'adozione del Codice di Comportamento sono state curate le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge.

Il Codice di comportamento aziendale individua regole comportamentali specifiche, fissa la soglia orientativa dei regali di modico valore di cui all'art. 4, comma 5, del Codice generale, stabilendo che non possono superare il valore di 100,00 euro, prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel PTPCT e di collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

I codici di comportamento nazionale ed aziendale si applicano ai dipendenti dell'Ente, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai titolari di organi, collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori.

Negli schemi di incarico, contratto, bando viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, prevedendo la risoluzione del contratto o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

La violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del presente Piano, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti. Violazioni gravi o reiterate del codice, comportano l'applicazione della sanzione di cui all'art. 55 quater, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Sull'applicazione dei Codici di comportamento vigilano i Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Nel corso del 2023 sarà revisionato il Codice di Comportamento dell'Istituto con l'obiettivo di renderlo conforme alle modifiche del D.P.R. 62/2013 apportate mediante lo schema di Decreto approvato dal Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2022. Tali modifiche saranno, presumibilmente, recepite entro il 30 giugno 2023 attraverso un apposito Decreto del Presidente della Repubblica che verrà pubblicato in

Gazzetta Ufficiale e che entrerà in vigore il giorno successivo alla pubblicazione.

Con la nuova stesura del Codice di Comportamento dell'Istituto nel corso del 2023 si cercherà di delineare meglio il concetto di conflitto di interessi applicato alla realtà dell'Ente anche attraverso una catalogazione di quei contesti che potrebbero sfociare in situazioni di conflitto di interessi. Questo al fine di fornire a tutti i dipendenti e collaboratori a qualunque titolo dell'IZSUM un valido strumento che possa aiutarli a definire meglio il comportamento da tenere.

### **2.3.5.1.8. Formazione in materia di anticorruzione e trasparenza**

La legge n. 190/12 prevede, tra l'altro, la pianificazione di interventi formativi per i dipendenti che sono impegnati in attività maggiormente a rischio di corruzione.

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

- un *livello generale* rivolto a tutto il personale e collaboratori, con un intervento di tipo "informativo" che abbia come obiettivo principale la diffusione dei principi normativi finalizzato a stimolare la condivisione di principi etici e di legalità;
- un *livello specifico*, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza, ai referenti, ai dirigenti e funzionari operanti nelle aree a rischio, che tenga conto di eventuali rischi insiti nelle modalità di lavoro. Il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Ente.

Il Piano Formativo Annuale (P.F.A.) presente al punto 3.3. dello stesso documento in particolare nella sottosezione Formazione del personale prevede la prosecuzione del corso di formazione di livello generale per il nuovo personale, un percorso formativo rivolto ai dirigenti e al personale con compiti operativi, presso strutture, ad alto rischio di corruzione con approfondimento delle seguenti tematiche:

- trasparenza, integrità, normativa anticorruzione e norme collegate;
- codice disciplinare e di comportamento, responsabilità amministrativo contabile, disciplinare penale;
- normativa sul conferimento di incarichi e relative norme sulla incompatibilità e inconferibilità.

L'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità è effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione su proposta dei dirigenti afferenti alle aree di rischio e Responsabile della Formazione.

Nel corso del 2022 è stato riproposto il corso base in modalità FAD Asincrona su Anticorruzione e Trasparenza. A tale corso hanno partecipato durante l'anno n. 7 dipendenti.

Nel secondo trimestre del 2022 è stato predisposto un nuovo corso – aggiornamento che integra il corso precedente. In particolare il suddetto corso è suddiviso in tre lezioni su:

- Prevenzione della Corruzione in breve;
- L'Istituto giuridico del Whistleblowing;
- Focus su Accesso civico semplice e accesso civico generalizzato.

Come riportato nel P.F.A., il corso base e l'aggiornamento verranno erogati nel corso del 2023 in modalità FAD asincrona disponibile nella piattaforma aziendale della formazione.

Durante il 2022 la figura preposta al supporto del RPCT ha partecipato al Master di II livello "EXPACT – Esperti in Anticorruzione e Trasparenza" A.A.2021-2022 a cura del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Perugia.

Inoltre, RPCT e supporto sono regolarmente iscritti alla comunità di pratica istituita da SNA dedicata ai Responsabili della prevenzione della corruzione e trasparenza, inter istituzionale ed aperta anche ai contributi delle organizzazioni della società civile. La Comunità di pratica dei RPCT rappresenta un importante strumento per l'apprendimento collaborativo e la disseminazione di conoscenza oltre ad essere:

- un osservatorio qualificato della situazione attuale, con particolare riferimento alla fase di attuazione del PNRR e ai rischi di caduta dell'integrità;

- luogo di sperimentazione di modelli innovativi per la prevenzione della corruzione.
- L'RPCT ha inoltre partecipato a corsi di formazione erogati da SNA. Si rimanda alla sezione Formazione del presente documento per la descrizione e rendicontazione dei singoli corsi.

### 2.3.6 MISURE SPECIFICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Sono state implementate ulteriori misure che riguardano l'informatizzazione in diversi processi aziendali.

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

- **Informatizzazione della previsione dei consumi:** Il software per la previsione dei consumi agevola l'attività dei laboratori e dell'ufficio acquisti. Tramite questa applicazione i laboratori possono visionare l'elenco dei prodotti presenti all'interno del magazzino, effettuare la previsione dei consumi per il biennio successivo consentendo al responsabile di struttura complessa di verificare le infungibilità dichiarate dai vari laboratori della propria struttura e firmarle rendendo il documento immediatamente disponibile all'ufficio acquisti. L'ufficio acquisti, quindi procede sulla base di dichiarazioni di infungibilità motivate dal dirigente di struttura; questo a garanzia della trasparenza ed imparzialità nella procedura di acquisti di prodotti infungibili.
- **Informatizzazione dei reclami:** È stata realizzata una pagina web che consente all'utente esterno che intrattiene rapporti con l'IZSUM di effettuare reclami. L'applicazione web acquisisce informazioni relative all'utente che effettua la segnalazione e la natura del suo reclamo. Una copia dello stesso, in formato PDF, viene rilasciata all'utente e inserita in una cartella condivisa all'interno della rete IZSUM, accessibile all' U.O. Gestione della Qualità, ai responsabili e vice responsabili delle Accettazioni delle Sezioni Territoriali. Lo stesso reclamo viene comunicato agli stessi interessati attraverso e-mail.
- **Informatizzazione segnalazioni Farmacovigilanza:** Per il centro regionale di farmacovigilanza veterinaria è stata realizzata un'applicazione web che consente di acquisire i dati della segnalazione di sospetta reazione avversa al farmaco. Questa applicazione consente di compilare on-line la scheda di segnalazione così da rendere i dati immediatamente disponibili al centro di farmacovigilanza, allertato altresì da un'e-mail che comunica l'avvenuta segnalazione.
- **Informatizzazione processo di delibere e disposizioni:** Nel 2017 è stato implementato il processo che prevede la redazione per la stesura degli atti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche all'interno del Gestionale Documentale in uso presso l'Ente. Tale processo prevede la suddivisione dei compiti definendo e distinguendo chiaramente i ruoli quali Istruttore, Responsabile del Procedimento, Dirigente Responsabile e Dirigente preposto al Controllo Atti. Il flusso implementato permette di registrare ogni azione svolta dai soggetti in gioco e di memorizzare tutte le modifiche effettuate sui documenti (versionamento del documento).
- **Informatizzazione processo documenti Qualità:** Il sistema gestionale (S.I.G.D) non risultava più adeguato alle esigenze dell'istituto per quanto riguarda la gestione dei documenti del sistema qualità (PRQ, PRT, IO, DV, Norme), sia per il numero di documenti che nel corso degli anni sono stati prodotti e numericamente elevati, sia per la necessità di digitalizzare il processo di redazione, approvazione e distribuzione dei documenti del sistema qualità. Il manuale della qualità è stato il primo documento ad essere prodotto in modalità "digitale" (2014) mediante la piattaforma per la gestione documentale dell'IZSUM che consente di gestire i documenti e automatizzare i processi aziendali. Sono stati quindi sviluppati dei workflow per la redazione, approvazione, pubblicazione e distribuzione dei documenti.

Tramite i workflow vengono definite una serie di regole procedurali, con le quali il sistema in automatico veicola le attività (es. approvazione di una procedura, presa in carico) da un utente ad un altro, tracciandone i tempi e l'operatività. Il lavoro di sviluppo dei flussi del sistema documentale è stato portato a compimento sulla base delle necessità del sistema qualità di personalizzare i flussi di lavoro ed ottenere un processo informatizzato *ad hoc*. Le attività di sviluppo dei flussi sono iniziate dal 2019 ed hanno consentito di giungere all'obiettivo nel 2020. Il 15 aprile del 2021 è entrato in produzione e a pieno regime il nuovo sistema di Gestione Documentale della Qualità.

Al fine di ridurre il rischio di corruzione, **nel corso del triennio**, potranno essere predisposte **ulteriori possibili misure**.

- **Sistema automatico di rilevazione delle presenze/assenze del personale:** tutto il personale dipendente dell'IZSUM utilizza l'applicativo "Portale delle Presenze" accessibile dalla rete intranet aziendale, per la gestione delle presenze e delle assenze dal servizio (ferie e omesse timbrature) in luogo della modulistica cartacea; ogni responsabile autorizza o meno i giorni di assenza dal servizio e può svolgere autonomamente il monitoraggio delle presenze/assenze del personale afferente la propria struttura. Nel corso del 2022 saranno informatizzati i restanti flussi cartacei con i quali i dipendenti richiedono permessi ai propri dirigenti a vario titolo (permessi personali, congedo parentale, richieste giorni per la L. 104, malattia bambino,...).
- **Sistema gestione procedure dei bandi/selezioni per acquisizione di personale.** Nel corso del 2021 è stato intrapreso un percorso al fine della digitalizzazione per i Concorsi Pubblici dell'IZSUM ai sensi del DL n. 44/2021 ed è stata identificata come soluzione l'utilizzo della piattaforma Selezioni online 4.7.4 (Gestione dei Bandi di Concorso), sviluppata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) presente nel catalogo del riuso. Dopo aver acquisito il software sono state effettuate attività al fine di configurare, personalizzare e ottimizzare l'applicativo per le esigenze dell'Istituto e necessarie alla messa in produzione. Allo stato attuale, Selezioni online 4.7.4 (Gestione dei Bandi di Concorso) è testato e idoneo a espletare le seguenti attività:
  - pubblicazione bando online;
  - presentazione interamente digitale e tramite piattaforma delle istanze di partecipazione;
  - funzione di help desk;
  - gestione ammissioni/esclusioni;
  - comunicazioni specifiche o massive ai candidati.

L'applicativo è stato utilizzato per i bandi di concorso usciti nell'ultimo trimestre del 2022. Ai potenziali candidati è richiesta la compilazione della domanda mediante un format on line, riducendo così il rischio di inosservanza di regole procedurali, a garanzia della trasparenza ed imparzialità dei concorsi e delle prove selettive. Al termine della compilazione della domanda l'utente ha PDF che può essere stampato o firmato digitalmente ed inviato al Protocollo dell'IZSUM. L'U.O. Gestione del Personale ha già a disposizione i dati forniti direttamente dal candidato e la riconciliazione tra i dati acquisiti online e la documentazione pervenuta all'IZSUM avviene tramite un identificativo, generato automaticamente dal sistema, che è apposto sul documento PDF. La presenza di una domanda informatica previene il rischio di definizione di requisiti di accesso personalizzati e di insufficienti meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti.

## Sezione 2.4 – Azioni Positive

### Riferimenti normativi

- Costituzione della Repubblica italiana (art. 3)

“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali” (principio di parità formale)

“E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese” (principio di parità sostanziale)

- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 recante norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche, in particolare gli artt. 7 e 57 così come sostituiti e modificati dall’art.21 legge 183 del 2010;
- Decreto Legislativo 11 aprile 2006 n. 198 “Codice delle Pari Opportunità tra Uomo e Donna” così come modificato con Decreto Legislativo del 25 gennaio 2010 n. 5;
- Direttiva del 23 maggio 2007 “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nella pubblica amministrazione”;
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 in attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- Decreto Legislativo n. 5 del 25 gennaio 2010 , in attuazione della Direttiva 2006/54/CE;
- Legge 183 del 2010 e Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011 “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

### Definizione di Azione Positiva

Misura volta alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, al fine di favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro (art. 42 D. Lgs. 198/2006)

Le azioni positive sono misure temporanee speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini. Sono misure “speciali”, in quanto non generali ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta e “temporanee”, in quanto necessarie fintanto si rilevi una disparità di trattamento tra donne e uomini. Compensano gli svantaggi derivanti dalle discriminazioni sostanziali esistenti.

I Piani Triennali di Azioni Positive sono previsti dall’art. 48 del D.Lgs n. 198/2006 “Codice delle pari opportunità”, con la finalità di assicurare “la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”. Lo stesso articolo impone alle P.A. l’obbligo di adottare il Piano per non incorrere nella sanzione prevista all’art 6, comma 6 del D.Lgs 165/2001 per i soggetti inadempienti, il blocco dell’assunzione di nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette. La nozione giuridica di “azioni positive” viene specificata dall’art. 42 del medesimo Decreto Legislativo, come «misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro». Sono misure “speciali” in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta, e “temporanee” in quanto necessarie fino al momento in cui si rileva una disparità di trattamento. Secondo quanto disposto dalla normativa sopra esposta, le azioni positive rappresentano misure preferenziali per porre rimedio agli effetti sfavorevoli indotti dalle

discriminazioni, per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nei posti di vertice. Accanto ai predetti obiettivi, si collocano azioni volte a favorire politiche di conciliazione o, meglio, di armonizzazione, tra lavoro professionale e familiare, a formare una cultura della differenza di genere, a promuovere l'occupazione femminile, a realizzare nuove politiche dei tempi e dei cicli di vita, a rimuovere la segregazione occupazionale orizzontale e verticale.

Come indicato nelle linee guida della Direttiva 4 marzo 2011, così come confermato nella Direttiva n. 2/2019, l'assicurazione della parità e delle pari opportunità va raggiunta rafforzando la tutela delle persone e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa anche all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua, senza diminuire l'attenzione nei confronti delle discriminazioni di genere. Pertanto le azioni positive non possono essere solo un mezzo di risoluzione per le disparità di trattamento tra i generi, ma hanno la finalità di promuovere le pari opportunità e sanare ogni altro tipo di discriminazione negli ambiti di lavoro, per favorire l'inclusione lavorativa e sociale. La valorizzazione professionale e il benessere organizzativo sono elementi fondamentali per la realizzazione delle pari opportunità contribuendo ad accrescere anche l'efficienza e l'efficacia delle organizzazioni e a migliorare la qualità del lavoro e dei servizi resi ai cittadini e alle imprese. Per quanto riguarda le pari opportunità, anche in relazione alle indicazioni dell'Unione Europea, negli ultimi anni è aumentata l'attenzione delle organizzazioni pubbliche e private rispetto al tema della conciliazione tra lavoro e vita personale e familiare. E' ormai convinzione diffusa che un ambiente professionale attento anche alla dimensione privata e alle relazioni familiari produca maggiore responsabilità e produttività. Le organizzazioni non possono ignorare, infatti, l'esistenza di situazioni, ormai molto diffuse, che possono interferire in modo pesante nell'organizzazione della vita quotidiana delle persone e che, complice da un lato la crisi economica che ha coinvolto molte famiglie e, dall'altro, lo slittamento dell'età pensionabile, costringe lavoratori sempre più anziani, a farsi direttamente carico delle attività di cura di figli e genitori anziani, invece di delegarle a soggetti esterni. Per quanto riguarda il benessere organizzativo, è necessario innanzitutto sottolineare che si tratta di un concetto complesso e molto ampio che può essere condizionato, nella sua percezione, da tutte le scelte dell'Ente, a livello generale, in materia di gestione delle persone, ma anche dalle decisioni e micro-azioni assunte quotidianamente dai dirigenti e dai responsabili delle singole strutture, in termini di comunicazione interna, contenuti del lavoro, condivisione di decisioni e obiettivi, riconoscimenti e apprezzamenti del lavoro svolto.

Con la succitata Direttiva 2/2019 vengono previste ben sei Linee di azione a cui le amministrazioni pubbliche devono attenersi:

1. Prevenzione e rimozione delle discriminazioni
2. Piani triennali di azioni positive
3. Politiche di reclutamento e gestione del personale
4. Organizzazione del lavoro
5. Formazione e diffusione del modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
6. Rafforzamento dei Comitati unici di garanzia e contrasto alle discriminazioni.

Per ciò che riguarda i Piani triennali di azioni positive la Direttiva, al punto 3.2, oltre a sottolinearne la loro importanza e obbligatorietà (rimarcata dalla prevista sanzione per il caso di mancata adozione del divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette) detta degli adempimenti fondamentali per la loro incisività: I Comitati unici di garanzia devono presentare, entro il 30 marzo, agli organi di indirizzo politico-amministrativo una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza riferita all'anno precedente,

contenente una apposita sezione sull'attuazione del suddetto Piano triennale e, ove non adottato, una segnalazione dell'inadempienza dell'amministrazione. Tale relazione, che deve essere trasmessa anche all'Organismo indipendente di Valutazione (OIV), rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale del dirigente responsabile. In ragione del collegamento con il ciclo della performance, il Piano triennale di azioni positive deve essere aggiornato ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

Il Comitato Unico di Garanzia è stato costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 428 del 01/12/2022 e risulta, per il quadriennio 2022/2026, così composto:

Componenti nominati dall'Istituto	Componenti designati dalle OO.SS.
<u>Titolari</u>	<u>Titolari</u>
1. Bartolini Chiara 2. Bossi Alviero 3. Ciullo Marcella 4. Iscaro Carmen 5. Mazzone Piera 6. Petrini Stefano	1. Berretta Chiara (UIL) 2. Beato Maria Serena (CGIL) 3. Cibotti Silvia (ANAAO) 4. Morgante Raffaello (FVM) 5. Storari Laura (CISL) 6. -----
<u>Supplenti</u>	<u>Supplenti</u>
Castellani Chiara Manuali Elisabetta Russo Rosetta Paola	Benucci Juna (CGIL) Orsini Serenella (UIL) Tinaro Miriam (FVM)

Le funzioni di Presidente sono state assegnate alla Dott.ssa Carmen Iscaro.

Inoltre si evidenzia che il Piano triennale delle azioni positive è stato redatto dall'Istituto per la prima volta nell'anno 2022.

Il **Piano delle Azioni Positive 2023-2025** è strutturato come segue: individuazione degli obiettivi generali, definizione delle azioni da realizzare e delle tempistiche di attuazione, secondo la seguente tabella:

Obiettivo generale	Azioni	Tempi
1. Parità e Pari Opportunità	1.1 Adottare il Regolamento per il funzionamento del CUG	Entro il 31/12/2023
	1.2 Partecipare alla Rete Nazionale dei CUG	2023/2024/2025
	1.3 Formare i componenti del CUG sulle materie di competenza	2023/2024/2025
	1.4 Promuovere la conoscenza del ruolo e delle funzioni del CUG all'interno dell'Istituto attraverso la rete intranet	2023/2024/2025
	1.5.1 Realizzare e gestire sezione intranet dedicata 1.5.2 Realizzare e gestire news-letter	
	1.5 Attivare forme di collaborazione con le Consigliere di Parità delle Regioni	2023/2024/2025

2. Benessere Organizzativo	2.1	Diffondere informazioni circa l'utilizzo delle varie forme di flessibilità previste dall'ultimo CCNL Comparto Sanità del 2/11/2022	2023
	2.2	Rivedere la Disciplina dell'orario di servizio, dell'orario di apertura al pubblico, e dell'orario di lavoro	2023
	2.3	Applicare gli istituti di flessibilità dell'orario di lavoro nei confronti delle persone che ne faranno richiesta, ispirandosi a criteri di equità e imparzialità, cercando di contemperare le esigenze della persona con le necessità di funzionalità dell'Amministrazione	2023/2024/2025
	2.4	Adottare misure idonee per il reinserimento del personale assente dal lavoro per lunghi periodi (es. maternità, congedi parentali, malattia, infortunio, ecc.), attraverso interventi di miglioramento dei flussi informativi durante l'assenza e/o affiancamento da parte del responsabile o di chi ha sostituito la persona assente, per assicurare il mantenimento delle competenze, l'accesso alla possibilità di formazione oltre che la garanzia del proseguimento della carriera	2023/2024/2025
	2.5	Promuovere la valorizzazione di buone pratiche e la progettazione (sia individuale che di gruppo) e realizzazione di soluzioni organizzative innovative ed interventi vari per migliorare il clima interno, il benessere organizzativo ed il senso di appartenenza	2023/2024/2025
3. Contrasto alle forme di discriminazione e di violenza morale o psichica	3.1	Promuovere attività formative/informative in materia di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne	2023/2024/2025
	3.2	Diffondere all'interno dell'Istituto materiali informativi (cartacei ed on-line attraverso la Intranet) su progetti, eventi in materia di violenza di genere	2023/2024/2025

Il programma di azioni previsto nel presente Piano necessita, per la sua concreta e reale attuazione, di appositi e specifici interventi che saranno, di volta in volta, progettati, previa analisi e studio. Per l'attuazione del Piano pertanto la Direzione aziendale si avvarrà della collaborazione specifica delle unità operative dell'area amministrativa e dell'area tecnica, individuate di volta in volta per competenza rispetto a quanto previsto da realizzare.

Nel periodo di vigenza inoltre saranno raccolti pareri, consigli, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere ad un adeguato aggiornamento.

Il Piano triennale sarà sottoposto a monitoraggio annuale che consentirà al CUG, secondo quanto previsto dalla succitata Direttiva n. 2/2019, di svolgere il proprio compito di valutazione dei risultati delle azioni positive individuate.

## Sezione 3 – Organizzazione e Capitale Umano

### 3.1 – Struttura Organizzativa

#### Assetto organizzativo

L'organizzazione, il funzionamento ed i principali compiti svolti dall'Istituto sono stabiliti dal D.Lgs. n. 270/1993, dal D.Lgs. n. 106/2012 e da leggi regionali che recepiscono tali decreti.

Nello specifico, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, con il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, vengono riordinati ed acquisiscono una completa autonomia gestionale, amministrativa e tecnica. In particolare l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche è stato il primo che ha visto l'emanazione delle leggi regionali di attuazione di tale decreto legislativo (L. R. dell'Umbria 19 febbraio 1997, n. 5 e L. R. delle Marche 3 marzo 1997, n. 20) e che ha viste formalizzate le nomine del nuovo Consiglio di Amministrazione - composto da due rappresentanti di ciascuna Regione ed uno del Ministero della Salute - e del Direttore Generale.

Con Decreto Legislativo 28 giugno 2012, n. 106 si procede ad un ulteriore "Riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali». Il decreto viene recepito con:

- Legge Regione Umbria 20 novembre 2013, n. 28 e s.m.i.
- Legge Regione Marche 225 novembre 2013, n. 40 e s.m.i.

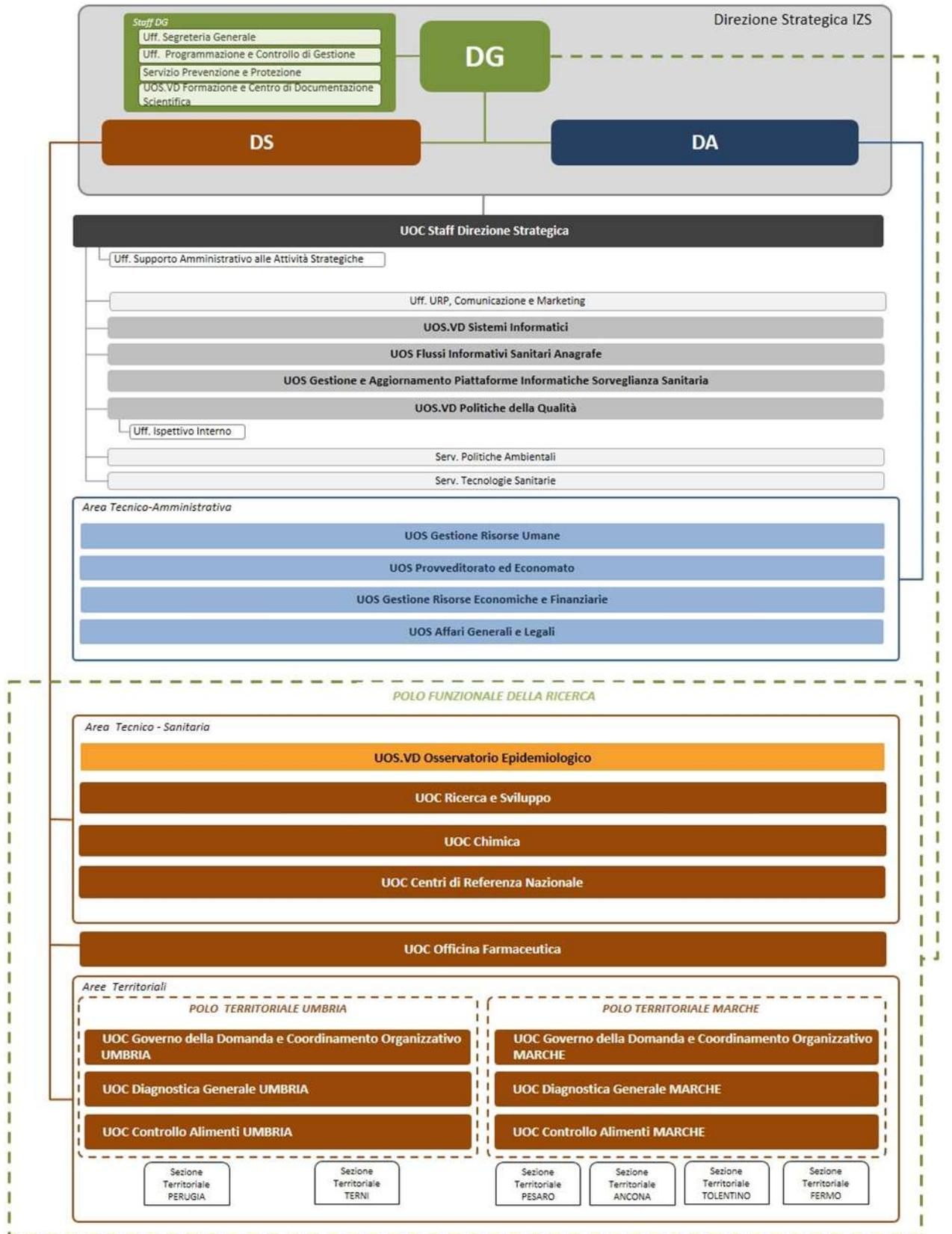
#### *Statuto dell'Istituto Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"*

Lo Statuto dell'IZSUM è stato adottato dal Consiglio di Amministrazione con la delibera n. n. 8 del 26 ottobre 2017. Lo Statuto contiene disposizioni di attuazione della normativa di riordino concernenti, in particolare, gli scopi, l'organizzazione e i compiti dell'Istituto, il funzionamento e le competenze del Consiglio di amministrazione, i compiti del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

#### *Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"*

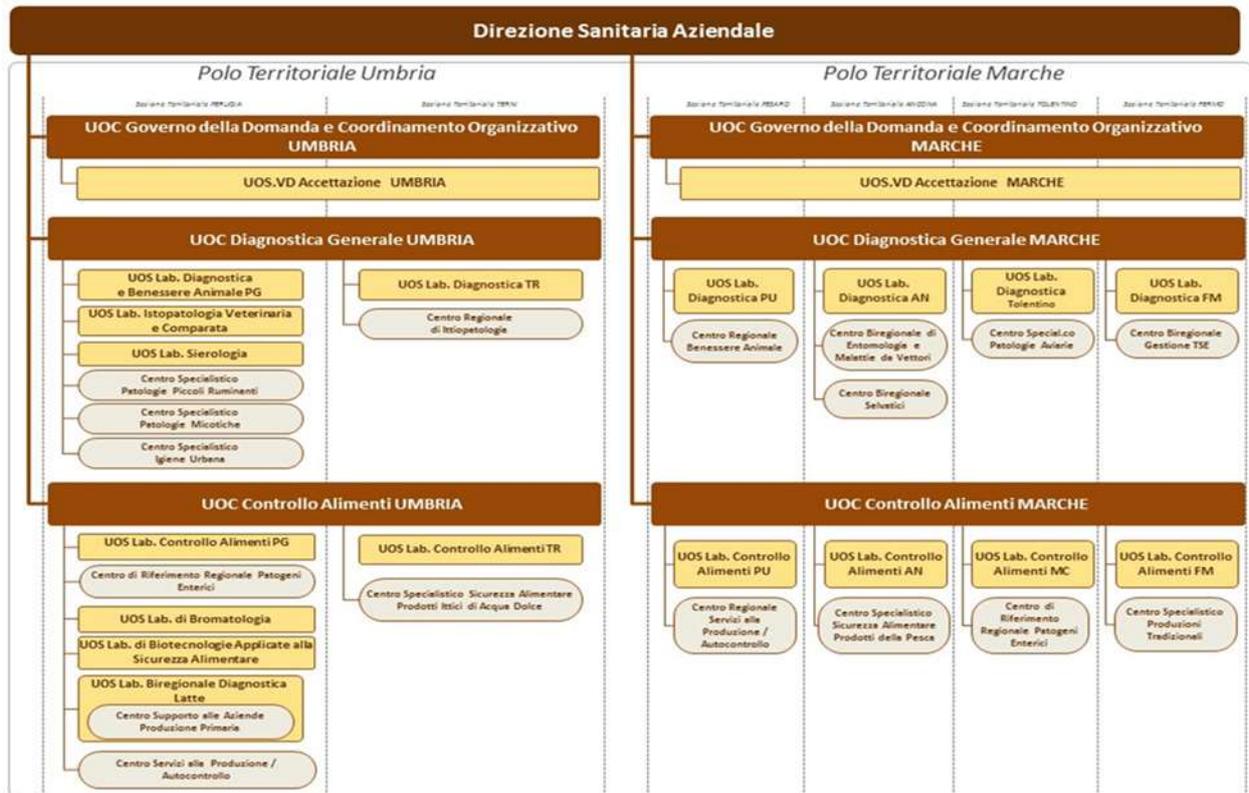
Il nuovo regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" è stato approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 13 del 17.12.2019 resa esecutiva ai sensi della Delibera della Giunta della Regione Umbria n. 161 dell'11.03.2020. Successivamente è stato modificato e l'aggiornamento è stato approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 8 del 13/10/2020.

#### L'organigramma dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"





*Articolazione interna delle UO afferenti all'Area Territoriale*



### *Le UO Complesse e le UO Semplici dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" nel nuovo modello organizzativo*

Il nuovo modello organizzativo dell'IZSUM nasce per rispondere sempre più tempestivamente ai cambiamenti fisiologici del contesto in cui opera. Il passaggio essenziale risiede nella riorganizzazione dei processi di produzione dei servizi, spostandosi verso un modello di tipo orizzontale in sostituzione del classico schema verticale, per ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, "rompendo" alcuni schemi consolidati di operatività che limitano, per loro natura, la flessibilità delle singole unità operative. Il percorso di attuazione del nuovo modello organizzativo ha inizio il 29 maggio 2020 con l'approvazione degli avvisi di selezione per il conferimento delle nuove Strutture Complesse dell'Istituto. Le nomine dei nuovi direttori avvengono a partire dal 7 luglio 2020 con delibere del Direttore Generale e, a seguire, vengono assegnati gli incarichi quinquennali come responsabili di strutture semplici, tutte con decorrenza 1 agosto 2020. Con delibera del Direttore Generale n. 370 del 30 luglio 2020 vengono riportate le disposizioni organizzative per tutta la durata del periodo transitorio stabilito per completare l'attuazione del nuovo modello organizzativo che viene fissata al 1 gennaio 2021. Ad oggi il percorso per raggiungere la piena attuazione del nuovo modello organizzativo è in via di completamento.

L'organizzazione dell'Istituto può contare su 11 Strutture Complesse quali:

- 1) Governo della Domanda e Coordinamento Organizzativo Umbria;
- 2) Governo della Domanda e Coordinamento Organizzativo Marche;
- 3) Diagnostica Generale Umbria;
- 4) Diagnostica Generale Marche;
- 5) Controllo Alimenti Umbria;
- 6) Controllo Alimenti Marche;
- 7) Ricerca e Sviluppo;
- 8) Chimica;
- 9) Centri di Riferenza Nazionale;
- 10) Officina Farmaceutica;
- 11) Staff di Direzione Strategica

a cui afferiscono strutture semplici quali laboratori, centri specialistici di analisi e strutture di supporto come:

- Sistemi Informatici;
- Flussi Informativi Sanitari Anagrafe;
- Servizi Tecnologie Sanitarie;
- Politica della Qualità.

In Staff alla Direzione Generale si trova:

- UOS.VD Formazione e Centro di Documentazione Scientifica
- Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione;

In staff alla Direzione Amministrativa si trovano le seguenti strutture semplici:

- Gestione Risorse Umane;
- Provveditorato ed Economato;
- Affari Generali e Legali;
- Gestione Risorse Economiche e Finanziarie;

In staff alla Direzione Sanitaria si trova:

- Osservatorio Epidemiologico;

Un ruolo cruciale lo rivestono le UO Complesse Governo della Domanda e Coordinamento Organizzativo Umbria e Marche, in quanto hanno la responsabilità in termini di recepimento, elaborazione e gestione della domanda di prestazioni avanzata nei confronti dell'Istituto, in quanto i relativi Direttori sono individuati come referenti dei rapporti con gli interlocutori esterni all'organizzazione, ove necessario anche attraverso il coinvolgimento ed il coordinamento delle professionalità operanti a livello di UOC specialistica territoriale.

Le UO Complesse Diagnostica Generale Umbria e Diagnostica Generale Marche si occupano degli ambiti relativi alla Sanità e al Benessere Animale degli animali da reddito, da affezione, dei selvatici e dei sinantropi in un'ottica sempre più rivolta ad un approccio "One Health". Le Strutture attraverso le proprie Unità Operative si occupano degli aspetti diagnostici di laboratorio, delle attività di consulenza rivolta al territorio, della ricerca scientifica inerente gli ambiti di propria competenza, della formazione e divulgazione tecnico-scientifica a supporto delle attività di controllo sanitario ufficiale, delle aziende del settore zootecnico, degli ambulatori privati per animali da affezione delle due regioni.

Le UO Complesse Controllo Alimenti Umbria e Controllo Alimenti Marche si occupano degli ambiti relativi alla garanzia della sicurezza alimentare sia per i prodotti di origine animale, vegetale, nonché per gli alimenti destinati al consumo animale. Operano a supporto delle attività di controllo sanitario ufficiale nonché delle aziende di produzione agroalimentare delle due regioni. Le unità presenti all'interno delle strutture si occupano degli aspetti di laboratorio per quanto attiene la microbiologia alimentare, la bromatologia, la biologia molecolare, la ricerca degli allergeni e degli organismi geneticamente modificati. Assicurano inoltre l'attività di consulenza sia alle autorità competenti nella pianificazione e nella esecuzione dei piani di controllo ufficiale, sia alle aziende private nella organizzazione e conduzione dei propri piani di autocontrollo. Garantiscono inoltre il controllo di laboratorio relativo alla filiera del latte ed il supporto alle aziende zootecniche per quanto riguarda le patologie della mammella.

L'UO Complessa Ricerca e Sviluppo, oltre a funzioni di supporto e coordinamento di tutte le procedure amministrative inerenti le attività di ricerca, si occupa dell'organizzazione ed attuazione delle attività di ricerca scientifica, nonché dello sviluppo di tecniche analitiche innovative sia per quanto riguarda la sanità animale che la sicurezza alimentare, in relazione alle specifiche competenze delle strutture ad essa afferenti.

Le attività di ricerca vengono quindi sviluppate sia a supporto del Cliente esterno, che delle altre unità operative dell'istituto, occupandosi in particolar modo di aspetti relativi alla biologia molecolare, alla microbiologia ed alla chimica, finalizzati anche alla farmacovigilanza veterinaria.

La struttura, inoltre, è impegnata nelle attività di promozione della ricerca scientifica, anche attraverso il monitoraggio e la divulgazione interna delle informazioni relative ai diversi bandi nazionali ed internazionali, nonché per il coordinamento delle attività di cooperazione internazionale dell'istituto.

L'Unità Operativa Complessa di Chimica si occupa degli aspetti chimici relativi alla garanzia della sicurezza alimentare, sia per gli alimenti di origine animale e vegetale destinati al consumo umano, sia degli alimenti per animali. Si occupa inoltre delle problematiche chimiche di contaminazione ambientale che hanno potenziale ricaduta sulla sanità animale e sicurezza degli alimenti. Opera a supporto delle attività di controllo sanitario ufficiale nonché delle aziende di produzione agroalimentare delle due regioni.

La UO Complessa Staff Direzione Strategica svolge un ruolo altamente strategico nell'ambito dell'attività dell'Istituto, in quanto nella stessa convergono le responsabilità relative a tutte le funzioni di staff afferenti al Management aziendale. Ad essa afferiscono tra le altre l'UOS.VD Politiche della Qualità che verifica e coordina l'attuazione delle politiche della Qualità in tutti i settori del sistema organizzativo considerando le stesse strategiche per le politiche aziendali.

Completano il nuovo modello organizzativo i Dipartimenti funzionali.

Quest'ultimi sono principalmente finalizzati alla supervisione e coordinamento dei livelli e delle modalità di erogazione delle prestazioni ed al conseguimento di una sempre più elevata specializzazione tecnico-professionale e, quindi in ultima analisi, del miglioramento della qualità del servizio.

I Direttori di Dipartimento concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Istituto. In tal senso predispongono entro il 31 gennaio di ciascun anno un Piano Annuale di Attività del Dipartimento in cui sono contenuti gli obiettivi ed i progetti che il Dipartimento intende perseguire per l'anno, attraverso la definizione di indirizzi, lo sviluppo, l'applicazione e la verifica di protocolli tecnico sperimentali e di studio-ricerca, nel rispetto dei principi di omogeneità e integrazione aziendali.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 215 del 10 giugno 2021 sono stati nominati i Direttori dei Dipartimenti Funzionali.

I tre Dipartimenti Funzionali sono:

- Polo Territoriale Umbria (UOC Governo della Domanda e coordinamento Organizzativo Umbria, UOC Controllo Alimenti Umbria, UOC Diagnostica Generale Umbria);
- Polo Territoriale Marche (UOC Governo della Domanda e coordinamento Organizzativo Marche, UOC Controllo Alimenti Marche, UOC Diagnostica Generale Marche);
- Polo della Ricerca (UOC Ricerca e sviluppo, UOC Centri di Referenza Nazionale, UOC Chimica, UOC Officina Farmaceutica, UOC Governo della Domanda e coordinamento Organizzativo Umbria, UOC Controllo Alimenti Umbria, UOC Diagnostica Generale Umbria, UOC Governo della Domanda e coordinamento Organizzativo Marche, UOC Controllo Alimenti Marche, UOC Diagnostica Generale Marche).

## Organi ed altri Organismi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"

### *Il Consiglio di Amministrazione (C.d.A.)*

È l'organo di indirizzo politico che coordina e verifica le attività dell'Istituto. Nell'ambito delle proprie competenze delibera fra le tante: lo Statuto dell'Ente, il Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi, il bilancio economico preventivo annuale e pluriennale, bilancio d'esercizio, destinazione dell'utile, dotazione organica, etc...

Il mandato del Consiglio di Amministrazione relativo al periodo 2019-2023 è scaduto, anche in regime di *prorogatio*, in data 10 marzo 2023, allo stato attuale è in corso di emanazione il Decreto della Presidente della Giunta Regionale dell'Umbria di ricostituzione dell'organo composto da 3 membri di cui: uno designato dalla Regione Umbria, uno designato dalla Regione Marche e uno designato dal Ministero della Salute.

### *Il Direttore Generale*

Il Direttore Generale, Dott. Vincenzo Caputo, nominato con Decreto della Presidente della Giunta Regionale dell'Umbria 30 aprile 2021 n. 18, è il rappresentante legale dell'Istituto, ne gestisce e dirige l'attività scientifica. Nell'ambito delle proprie funzioni verifica la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite all'Istituto nonché il buon andamento delle attività amministrative e tecnico scientifiche e riferisce al C.d.A in ordine ai risultati conseguiti. Inoltre, nell'espletamento delle proprie attività è coadiuvato, in base alla natura delle attività stesse, dal Direttore Amministrativo Dott. Dante De Paolis nominato con Disposizione del Direttore Generale n. 13/2021 e dal Direttore Sanitario Dott. Giovanni Pezzotti nominato con Disposizione del Direttore Generale n. 11/2021.

All'inizio del mandato il Direttore Generale ha provveduto inoltre a nominare i Direttori dei 3 Dipartimenti dando così attuazione al nuovo modello organizzativo. Tra gli obiettivi principali della nuova direzione aziendale è stato inserito il riordino e l'aggiornamento degli strumenti della programmazione strategica e operativa secondo logiche di integrazione tra i diversi strumenti previsti dall'ordinamento vigente e di condivisione nella fase di definizione; a tal fine la Direzione ha inteso coinvolgere l'alta dirigenza in un corso di change management ed ha previsto nel piano della formazione corsi ed aggiornamenti per tutto il personale dell'Ente.

### *Il Collegio dei Revisori dei Conti*

Il Collegio svolge i compiti previsti dall'art. 20 del D.lgs. 123/2011, ovvero verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico accertando la regolare tenuta contabile e la conformità del bilancio, nonché fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente.

Con Delibera del Direttore Generale, 15 settembre 2021 n. 316, è stato nominato il Collegio dei Revisori dei conti composto da tre membri:

- Dott. Felice Ciampi, designato dal Ministero dell'Economia e Finanze ed eletto Presidente del Collegio;
- Dott. Matteo Ceschini, designato dalla Regione Marche;
- Dott. Elio Zurla, designato dalla Regione Umbria.

### *Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)*

L'OIV, è chiamato a svolgere funzioni di valutazione della performance ai sensi dell'art. 7 e dal comma 4 dell'art. 14 del Decreto legislativo n. 150/2009, assolve un ruolo fondamentale nella gestione del Sistema, essendo individuato come il Soggetto terzo che concorre sia alla costruzione, previa validazione, che al monitoraggio degli strumenti e delle attività che rientrano nella gestione delle performance.

L'Organismo, fra i compiti principali, ha quello di garantire la correttezza del processo di misura e valutazione dell'azione aziendale nel suo complesso, oltre a verificare e valutare i risultati conseguiti dai diversi livelli dell'organizzazione (rif. ex CIVIT - Albero delle performance).

In base a quanto previsto dai vigenti Contratti nazionali, l'OIV è chiamato anche a valutare, in seconda istanza, le capacità gestionali dei dirigenti titolari di struttura dotata di autonomia di budget, oltre che dei titolari di funzioni di coordinamento organizzativo o tecnico-professionale del Comparto.

Con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 1 del 4 maggio 2022, è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione composto da tre membri:

- Dott. Paolo Chifari, con funzioni di presidente dell'Organismo;

- Dott. Lucio Grimaldino;
- Dott.ssa Sabrina Socci.

Il mandato (triennale) dell'OIV scadrà il 30 aprile 2025; il Consiglio di Amministrazione procederà alla nomina con propria deliberazione sulla base dell'esito dell'avviso pubblico per la manifestazione di interesse alla nomina pubblicato sul Portale del Dipartimento della Funzione Pubblica.

#### *Ufficio Procedimenti Disciplinari*

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) è stato istituito presso L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche con Delibera del Direttore Generale n. 355 del 13 novembre 2013 ed è così costituito:

- Direttore Amministrativo pro-tempore (componente titolare coordinatore)
- Direttore Sanitario pro-tempore (supplente del componente titolare coordinatore)
- Dott. Carlo Castrucci - dirigente Gestione Risorse Umane (componente titolare)
- Dott.ssa Rosetta Paola Russo - dirigente Affari Generali e Legali (supplente componente titolare)
- Dott. Andrea Garghella - dirigente Provveditorato ed economato (componente titolare)
- Dott.ssa Renata Bianchi - dirigente Gestione Risorse Economiche e Finanziarie (supplente componente titolare)
- Dott.ssa Beatrice Moriconi (attività di segreteria e supporto)
- Dott. Marco Cirilli (supplente attività di segreteria e supporto).

I componenti supplenti subentrano in caso di incompatibilità o impedimento del componente titolare al fine di assicurare la continuità della funzione, e nel caso in cui sia il titolare che il supplente siano incompatibili o impediti alla funzione, il componente sarà sorteggiato fra i dirigenti di struttura complessa dell'Istituto.

#### *Comitato Strategico*

Il Comitato in questione rappresenta un fondamentale e strategico momento di analisi ed elaborazione delle politiche aziendali, richiedendo ai relativi componenti di assumere necessariamente un ruolo manageriale e propositivo ai fini della mission dell'Istituto.

In particolare, la Direzione si avvale del Comitato nei seguenti ambiti:

- analisi ed elaborazione delle linee strategiche dell'IZS Umbria e Marche;
- analisi dei livelli di domanda e correlata programmazione e controllo dei livelli di offerta di prestazioni;
- elaborazione dei macro-programmi di attività dell'Istituto;
- coordinamento nella programmazione ed organizzazione delle attività operative aziendali, dei correlati processi trasversali di gestione e nell'utilizzo integrato delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie disponibili.

Alla luce delle suddette finalità, il Comitato Strategico è composto dalle seguenti figure:

- Direttore Generale, che presiede e convoca il Comitato, definendo l'ordine del giorno delle relative sedute;
- Direttore Sanitario;

- Direttore Amministrativo;
- Direttori delle Unità Operative complesse;
- Responsabile dell'Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione.

#### *Comitato Scientifico per la formazione ECM*

Il Comitato Scientifico ECM è un organismo d'indirizzo, propositivo consultivo e di valutazione, di cui si avvale l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche in qualità di Provider Provvisorio Nazionale ECM, al fine di mettere a punto la programmazione annuale formativa scientifica.

Il Comitato supporta la Direzione nell'individuare gli indirizzi generali dell'attività formativa e nell'elaborazione del Piano formativo annuale, esamina la relazione annuale sull'attività formativa svolta dall'Istituto, provvede a selezionare ed a valutare i progetti.

Con Delibera del Direttore Generale 19 ottobre 2022 n. 363, è stato nominato, per il triennio 28/10/2022-27/10/2025, il Comitato Scientifico per la formazione ECM dell'Istituto coordinato dal Direttore Generale e composto da n. 11 componenti, come di seguito riportato:

Dr. VINCENZO CAPUTO – Medico Veterinario - Direttore Generale e Legale Rappresentante dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche - quale componente di diritto e Coordinatore nelle more della prima riunione del Comitato;

Dr. GIOVANNI PEZZOTTI – Medico Veterinario - Direttore Sanitario dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche - quale Componente di diritto;

Dr. DANTE DE PAOLIS – Dirigente Amministrativo – Direttore Amministrativo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche - quale Componente di diritto;

Dr. UMBERTO AGRIMI – Medico Veterinario, Direttore del Dipartimento di Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria dell'Istituto Superiore di Sanità – quale Componente;

Prof. EDOARDO DE ROBERTIS – Medico Chirurgo - Professore Associato Dip. di Medicina e Chirurgia – Anestesiologia dell'Università degli Studi di Perugia e Direttore Struttura Complessa di Anestesia e rianimazione 2 (f.f.) dell'Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia di Perugia - quale Componente;

Dr. GIORGIO FILIPPONI – Medico Veterinario - Dirigente Settore Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) Regione Marche - quale Componente;

Dr. SALVATORE MACRI' – Medico Veterinario - Responsabile Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Direzione Regionale Salute e Welfare della Regione Umbria - quale Componente;

Dr. LUIGI RUOCCO – Medico Veterinario - Dirigente Ufficio 3 – Sanità animale e gestione operativa del Centro nazionale di lotta ed emergenza contro le malattie animali e unità centrale di crisi - Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari del Ministero della Salute - quale Componente;

Dr.ssa MONICA GIAMMARIOLI – Biologo – Dirigente Responsabile della U.O.S. Laboratorio di Virologia Speciale della U.O.C. Centri di Referenza Nazionali - Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche - quale Componente;

Sig.ra PAOLA GIANFELICI – Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, cat. DS, Sezione di Tolentino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Umbria e Marche – quale Componente;

Dr. IVAN PECORELLI – Chimico – Dirigente Responsabile (Sostituto) della U.O.C. Chimica - Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche – quale Componente;

### *Consiglio dei Sanitari*

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo elettivo dell'Istituto con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

Il Consiglio dei Sanitari fornisce, nei casi previsti dalla legge, parere obbligatorio non vincolante, al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. La composizione e il funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono regolati dall'art. 13 dello Statuto dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche.

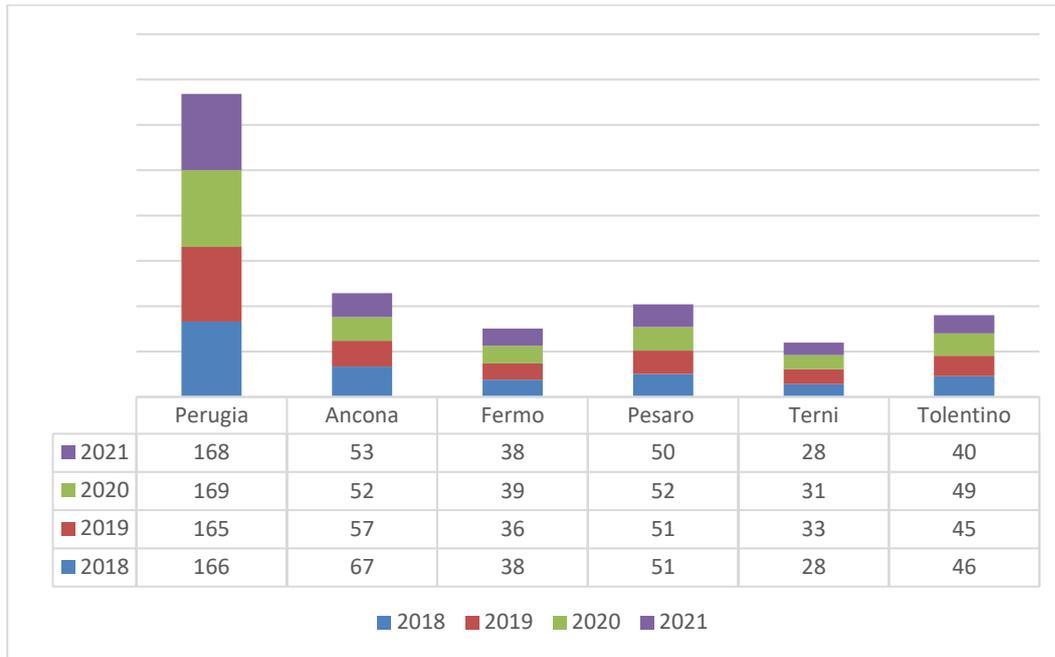
### ➤ *Sistema Qualità*<sup>10</sup>

Dal 1998 l'Istituto ha avviato il processo d'implementazione del Sistema Qualità recependo quanto stabilito dalle normative di riferimento ha ottenuto il riconoscimento dell'accREDITAMENTO dal SINAL. Attualmente l'Ente terzo dotato di mutuo riconoscimento internazionale è ACCREDIA. L'accREDITAMENTO si basa sulla verifica della competenza tecnica del laboratorio a effettuare specifiche prove o determinanti tipi di prova, e sulla valutazione del sistema qualità del laboratorio. I laboratori di prova dell'Istituto che eseguono prove accREDITATE operano conformemente ai criteri stabiliti dalla norma UNI CEI ISO/IEC 17025:2018 il numero di accREDITAMENTO dell'IZSUM è 0217. Il Sistema di Gestione della Qualità dell'IZSUM è inoltre certificato UNI EN ISO 9001:2015 per la produzione di terreni di coltura e soluzioni per uso laboratoristico prodotti dall'CSQA dal 2017. L'elenco aggiornato delle prove accREDITATE è disponibile sul sito di ACCREDIA ([www.accredia.it](http://www.accredia.it)) ma anche nel sito aziendale [www.izsum.it](http://www.izsum.it) è stato previsto il collegamento al sito di Accredia che rimanda all'elenco prove accREDITATE all'IZSUM.

Di seguito si riporta il trend delle prove accREDITATE nell'ultimo ciclo di accREDITAMENTO per ciascuna sede territoriale.

---

<sup>10</sup> Fonte: Relazione tecnica - Riesame della qualità 2021



In Staff alla Direzione Generale si trova l'UOS.VD Formazione e Centro di Documentazione Scientifica alla quale sono attribuite le responsabilità connesse ai processi di gestione e di coordinamento delle politiche formative, corrispondenti ai fabbisogni strategici dell'Istituto, finalizzati a garantire l'aggiornamento del personale e l'organizzazione di Eventi formativi da erogare a professionisti esterni correlati al Sistema Sanitario nazionale. Ha inoltre la responsabilità, collaborando di concerto con UOS.VD Politiche della Qualità, della Gestione del Sistema Qualità della Formazione ECM dell'IZSUM.

#### ➤ Sistema di accreditamento Agenas<sup>11</sup>

Il Piano Formativo Aziendale definisce gli obiettivi formativi e i relativi progetti formativi sulla base delle linee strategiche dell'Ente, dei fabbisogni formativi del personale IZSUM e delle richieste di corsi destinati all'utenza esterna pervenute alla Unità Operativa della Formazione.

In particolare per il personale interno riporta le attività formative di carattere prioritario quali Sicurezza, Anticorruzione e Trasparenza e Qualità oltre a quelle per lo sviluppo specifico delle professionalità presenti in Istituto. La formazione destinata all'utenza esterna intende, invece, dare riscontro alle esigenze degli stakeholder istituzionali e non. L'Istituto è, infatti, un ente di formazione accreditato dell'attuale sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM), e ha conseguito le certificazioni DAFORM.

#### *Le Risorse Umane dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche*

All'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" al 31.12.2022 operano 239 dipendenti a tempo indeterminato (n. 55 Dirigenti e n. 184 Comparto), 42 a tempo determinato (compresi comandi in entrata) di cui 38 assunti con la qualifica di ricercatori sanitari e collaboratori professionali di ricerca sanitaria. Oltre alle suddette unità all'interno dell'Ente operano, nei limiti delle disponibilità di bilancio, delle norme di legge e per l'esecuzione di progetti finanziati (contributi regionali, nazionali ed internazionali) personale non dipendente con contratti di collaborazione coordinata e continuativa e borse di studio. Al 31.12.2022 erano presenti nell'Ente 30 risorse non dipendenti dell'Istituto di cui 2 co.co.co e 28 borsisti.

Di seguito viene riportata una tabella che restituisce alcune statistiche descrittive del personale a tempo indeterminato dell'Istituto al 31.12.2022.

<sup>11</sup> Fonte: Relazione Tecnica 2019 e sito internet istituzionale

Statistiche descrittive personale (T.I.) IZSUM "Togo Rosati"

	Numero	Sesso		Età media	Anzianità di servizio media	Diploma	Laurea	Post Laurea
		Maschi	Femmine					
<b>DIRIGENZA</b>	<b>55</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>54,35</b>	<b>19,33</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>47</b>
Veterinaria	37	18	19	54,00	18,86	0	2	35
Sanitaria non veterinaria	12	3	9	55,08	20,83	0	1	11
P.T.A..	6	3	3	55,00	19,33	0	5	1
<b>COMPARTO</b>	<b>184</b>	<b>66</b>	<b>118</b>	<b>49,2</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>28</b>
Sanitario	30	3	27	51,00	21,2	9	17	4
Tecnico	117	55	62	49,00	13	64	31	22
Amministrativo	37	8	29	48,50	19	27	8	2
<b>TOTALE IZSUM</b>	<b>239</b>	<b>90</b>	<b>149</b>	<b>50,38</b>	<b>16,36</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>75</b>

L'età media dei dipendenti (50,4) è inferiore a quella nazionale del comparto sanità desunta dagli ultimi dati di conto annuale disponibili (anno 2020) e pari a 50,74 (la media dell'intero pubblico impiego fissata a 50,00 anni).

A livello numerico il personale dell'Istituto vede la presenza di 55 dirigenti di ruolo, corrispondenti al 23,01% del totale delle risorse umane e di n. 184 unità di comparto pari al 76,99%. Si giunge quindi a un rapporto personale del comparto su dirigente di 3,34. La dirigenza è composta da veterinari (37), biologi (7), chimici (5) e tecnici (1) e amministrativi (5). Il personale del comparto consta di 184 unità, suddiviso in personale tecnico (117 pari al 63,59% del comparto) a cui si aggiunge personale sanitario (30 pari al 16,31%) impegnato nelle diverse attività laboratoristiche e istituzionali previste. Il ruolo amministrativo del comparto conta n. 37 unità a tempo indeterminato (pari al 20,10%).

Per quanto riguarda l'età media si rileva una differenza di età media tra il personale dirigente (54,7 anni) e personale del comparto (49,2 anni) pari a circa 5,5 anni. Ciò testimonia la presenza di percorsi di carriera verticale, dove, in genere, si accede ai ruoli apicali dell'organizzazione (ruoli dirigenziali), al culmine del proprio percorso professionale e dell'ottenimento di tutti quei titoli culturali e formativi necessari, spesso costituenti requisito di accesso obbligatorio nella stessa normativa.

Per quanto riguarda la composizione di genere, nei diversi ruoli e categorie si trovano situazioni molto eterogenee. Complessivamente, la presenza femminile rappresenta il 62,60%, mentre nelle categorie della dirigenza sanitaria, del comparto sanitario ed amministrativo la presenza femminile è compresa tra il 66,67% e il 90,00%.

Il personale dell'Istituto possiede un livello culturale rilevante come testimoniato dall'analisi dei titoli professionali e formativi. Se da un lato alcune riforme normative degli ultimi anni hanno inevitabilmente innalzato i requisiti di accesso ai diversi ruoli della dirigenza e del comparto, determinando quindi l'assunzione di personale con percorsi formativi almeno universitari, dall'altro la specifica politica di reclutamento aziendale volta a valorizzare l'alta professionalità delle RU, insieme a un accrescimento culturale e progressivo del personale già arruolato, ha permesso di presidiare tutti i rami di attività dell'Istituto con personale estremamente competente. Su n. 239 dipendenti, n. 138 possiedono almeno come titolo di studio minimo una laurea triennale. Il dato assume particolare rilevanza se analizzato nel comparto, dove n. 83 unità possiedono almeno una laurea triennale e/o titoli post laurea.

Un'ulteriore specificazione è riportata nella tabella che segue, in cui sono riportati i titoli *ulteriori* posseduti dai dipendenti, da cui emerge un alto livello di professionalità trasversale nell'organico. I titoli posseduti da stessi dipendenti sono comunque valorizzati singolarmente proprio perché oggetto della mappatura è il numero di titoli.

*"Titoli ulteriori posseduti da Dipendenti suddivisi per ruolo"*

<b>Ruolo</b>	<b>Totale Ruolo</b>	<b>n. Dottorati/ Specializzazioni</b>	<b>n. Master I e II Livello</b>
Dirigenza Veterinaria	37	36	15
Dirigenza Sanitaria non veterinaria	12	13	3
Dirigenza PTA	6	0	1
Comparto Sanitario	30	2	4
Comparto Tecnico	117	18	10
Comparto Amm.vo	37	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>239</b>	<b>70</b>	<b>34</b>

## Sezione 3.2 – Organizzazione del lavoro agile

### Riferimenti normativi

Legge 22 maggio 2017, n. 81 “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”;

Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del DM 8 ottobre 2021.

L'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 che ha colpito il nostro Paese nel corso del 2020 ha portato l'IZSUM ad attivare tempestivamente nuove procedure per il collegamento da remoto e permettere ai dipendenti di usufruire in via eccezionale del lavoro agile straordinario, limitando in questo modo la presenza fisica in servizio. Nel corso del 2021, in corrispondenza dell'andamento dell'emergenza sanitaria, la suddetta modalità lavorativa “emergenziale” è stata prorogata fino al 31 dicembre 2021.

La nuova modalità di lavoro si è innescata in un processo di complessa innovazione nell'organizzazione del lavoro, allo scopo di stimolare un cambiamento strutturale nella modalità di funzionamento dell'Istituto, orientato ad una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, della produttività del lavoro e di lavoro per obiettivi.

La finalità di tali misure è stata quella di applicare il lavoro agile ai dipendenti le cui mansioni fossero compatibili con detta modalità lavorativa e di mantenere il c.d. distanziamento sociale per prevenire la diffusione dei contagi del virus Covid-19.

Fin dai primi mesi dell'emergenza epidemiologica l'Istituto ha adottato una serie di atti e di misure in materia di lavoro agile, di concerto con le organizzazioni sindacali aziendali, che possono essere riassunti come segue:

INFORMATIVA SALUTE E SICUREZZA  
LINEE GUIDA SMART WORKING  
NOTE OPERATIVE TECNICO-INFORMATICHE  
SCHEMA AUTORIZZAZIONE INDIVIDUALE IZSUM

Protocollo aziendale per organizzazione del lavoro in emergenza Covid19 (27.05.2020)

Verbale di Confronto Organizzazione Lavoro COVID (6.11.2020)

Proroga organizzazione lavoro in emergenza (25.01.2021)

Verbale di confronto OO.SS. (30.04.2021)

Direttiva Smart Working (23.06.2021)

Verbale di confronto OO.SS. (30.07.2021)

Verbale di confronto OO.SS. (21.12.2021)

Direttiva Lavoro Agile (10 gennaio 2022)

Direttiva Aziendale (30 marzo 2022).pdf

Condizione necessaria per l'attivazione del lavoro agile non emergenziale è la sottoscrizione di un accordo individuale che ne disciplini lo svolgimento, pertanto, nelle more della definizione delle caratteristiche di detta modalità lavorativa da parte della contrattazione collettiva nazionale e della redazione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (cd. POLA) ora confluito nel presente Piano, sono comunque stati sottoscritti accordi individuali con i dipendenti.

Come previsto con circolare del 5 gennaio 2022 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, relativo allo svolgimento del lavoro agile nella P.A., al fine di assicurare la maggior tutela della salute dei lavoratori dell'Istituto, e contenere la diffusione del contagio, è stato consentito che la condizionalità della prevalenza dell'esecuzione della prestazione lavorativa in

presenza, in particolare per i lavoratori c.d. “fragili”, potesse essere soddisfatta dai dipendenti ammessi al lavoro agile anche prescindendo dal limite di due giorni di lavoro da remoto a settimana, su base plurisettimanale o plurimensile. In tal senso è stata emanata la Direttiva aziendale del 10 gennaio 2022.

A seguito di specifici interventi normativi (Legge 19 maggio 2022, n. 52) sono state prorogate le misure in materia di lavoro agile, per il contrasto all’epidemia da Covid-19, con particolare riguardo ai lavoratori “fragili” che allo stato attuale rimangono i soli dipendenti dell’Istituto autorizzati ad eseguire la prestazione lavorativa con tale modalità.

L’IZSUM intende consolidare l’esperienza maturata durante il periodo emergenziale rendendo 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 consentite.

In data 15 giugno 2022 è stata sottoscritta la Pre-Intesa sul CCNL del Comparto Sanità il quale al Titolo VI contiene la disciplina del lavoro a distanza (articoli da 76 a 82) e ridefinisce il nuovo quadro giuridico-normativo a regime; pertanto, alla luce di quanto disciplinato nel nuovo CCNL, una volta che il contratto verrà firmato definitivamente, è intenzione di questo Istituto procedere ad una ricognizione, presso tutte le Unità Operative Complesse e presso le Direzioni, delle attività eseguibili da remoto, compatibilmente con le attività laboratoristiche e con riferimento ai diversi profili lavorativi. L’organizzazione del lavoro agile sarà poi inserita in un apposito regolamento adottato in conformità alla normativa di riferimento, e in particolare nel rispetto dei seguenti principi:

- a) invarianza dei servizi resi all’utenza;
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l’assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) necessità per l’amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) stipula dell’accordo individuale di cui all’articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
  - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
  - 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
  - 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- g) rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

### Sezione 3.3 – Piano Triennale di Fabbisogno di Personale

#### PIANO ASSUNZIONALE 2022 – CONSUNTIVO

Il PTFP 2022-2024 è stato approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 6 del 21 dicembre 2021 e successivamente inserito nell'apposita sezione del PIAO (approvato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 7 del 12 luglio 2022); il piano è stato trasmesso alle Regioni per l'approvazione da parte della Conferenza dei servizi delle Regioni Umbria e Marche. In sede di Conferenza di servizi del 17 maggio 2022 (v. verbale approvato con DGR Umbria n. 704 del 13.07.2022) l'approvazione del PTFP è stata sospesa in quanto le Regioni hanno sollevato dubbi circa l'applicabilità dei vincoli di spesa in materia di personale (in particolare l'art. 11 del D.L. n. 35/2019) e hanno optato per presentare al MEF una interpellato al fine di chiarire la questione. Nelle more della risposta ministeriale è stata consentita la copertura del c.d. turn-over al 100%. L'interpellato è stato inviato ai Ministeri dell'Economia e della Salute in data 17.10.2022 e in sede di Conferenza di servizi del 14 dicembre 2022 (v. verbale approvato con DGR Umbria n. 72 del 25/01/2023) è stato comunicato che non era disponibile alcun riscontro e che l'Istituto avrebbe potuto procedere ad assumere personale solo sulla base del turn-over al 100% del personale cessato nell'anno precedente, salvo deroghe per esigenze particolari.

Alla luce di quanto sopra riportato, nell'anno 2022 a fronte di n. 19 assunzioni programmate, come riportato nella tabella seguente, ne sono state realizzate solo n. 5, ed in particolare:

- n. 2 Dirigenti Veterinari per le esigenze delle attività di accettazione della sede centrale e di diagnostica della sede di Tolentino;
- n. 3 Operatori Tecnici Specializzati cat. BS per il supporto alle attività delle strutture tecnico sanitarie.

Non risultano realizzate n. 14 immissioni:

- n. 2 Dirigenti Veterinari
- n. 1 Dirigente Biologo
- n. 1 Dirigente Chimico
- n. 2 Collaboratori Tecnici professionali Cat. D – profilo Informatico
- n. 1 Collaboratore Amministrativo Professionale cat. D
- n. 1 Assistente Amministrativo

RUOLO	PROFILO	Numero assunzioni programmate PTF 2022	ESIGENZE	PROCEDURE	Numero assunzioni realizzate PTF 2022
SANITARIO	Dirigente veterinario	3	attività di accettazione, diagnostica, sicurezza alimentare, centri di referenza	reclutamento ordinario	2
		1	Organizzative - direzione SC	selezione ex D.lgs. 502/92	0
	Dirigente biologo	1	attività di diagnostica, sicurezza alimentare, centri di referenza	reclutamento ordinario	0
	Dirigente chimico	1	attività di controllo chimico degli alimenti	reclutamento ordinario	0
		1	organizzative - direzione SC	selezione ex D.lgs. 502/92	0
TECNICO	Collaboratore Tecnico Professionale	2	supporto informatico e statistico	reclutamento ordinario	0
		5	supporto alle attività sanitarie di igiene e sanità veterinaria e igiene alimenti	reclutamento ordinario	0
	Operatore Tecnico Spec.	3	supporto alle attività delle strutture tecnico sanitarie	reclutamento ordinario	3
AMMINISTRATIVO	Collaboratore Amministrativo Prof.le	1	supporto amministrativo	reclutamento ordinario	0
	Assistente Amministrativo	1	supporto amministrativo	art. 20, co. 1, D.lgs. 75/17	0
<b>TOTALE ASSUNZIONI PROGRAMMATE</b>		<b>19</b>		<b>TOTALE ASSUNZIONI REALIZZATE</b>	<b>5</b>

## PIANO ASSUNZIONALE ANNO 2023

### PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

In considerazione di quanto esposto nel paragrafo precedente in ordine alla necessità di definire l'applicabilità dei vincoli di spesa in materia di personale del SSN all'Istituto, in attesa della risposta all'interpello proposto al MEF, **si ritiene di procedere ad una programmazione delle assunzioni limitata alla sola annualità 2023** (copertura del turn over).

Tanto premesso, le cessazioni anno 2022 – n. 11 – sono le seguenti:

- n. 2 Dirigenti veterinari
- n. 1 Tecnico Sanitario di Laboratorio biomedico (ex Collaboratore Prof.le Sanitario DS)
- n. 4 Collaboratori Tecnici Professionali (n. 1 ex cat. Ds e n. 3 ex cat. D)
- n. 2 Assistente Tecnico (ex cat. C)
- n. 1 Operatore Tecnico Specializzato (ex cat. Bs)
- n. 1 Collaboratore Amministrativo Prof.le (ex cat. D)

Premesso quanto sopra, nell'anno 2023 sono previste le seguenti immissioni di personale a tempo indeterminato (n. 11), la cui dinamica temporale è riportata nella tabella seguente:

- n. 2 dirigenti area sanità, per le esigenze di potenziamento delle attività strategiche dell'Istituto, per la piena implementazione del nuovo modello organizzativo e per garantire il turn over del personale cessato per pensionamento;
- n. 2 unità di comparto ruolo tecnico (Collaboratore Tecnico Prof.le) a *supporto delle attività informatiche e statistiche*, nonché per garantire il turn over del personale cessato per pensionamento;

- n. 4 unità di comparto ruolo tecnico (Operatore Tecnico Specializzato) a garanzia delle attività tecniche svolte dall'Istituto, compreso il supporto alle attività sanitarie dei laboratori, nonché per garantire il turn over del personale cessato per pensionamento;

- n. 3 unità di comparto ruolo amministrativo (Collaboratore Amministrativo Prof.le e assistente Amministrativo) a supporto della funzione amministrativa e del potenziamento delle competenze espresse ed a sostegno dei programmi di sviluppo ed innovazione, in previsione di un potenziamento di alcuni rami di attività.

In ordine alle immissioni si prevede nel dettaglio la seguente dinamica temporale:

RUOLO	PROFILO	N	ESIGENZE	PROCEDURE	IMMISSIONE IN ORGANICO			
					I° trim.	II° trim.	III° trim.	IV° trim.
SAN	Dirigente veterinario	1	organizzative- direzione SC	selezione ex Dlgs 502/92				
	Dirigente chimico	1	organizzative - direzione SC	selezione ex Dlgs 502/92				
TEC	Collaboratore Tecnico Prof.le	2	supporto informatico e statistico	reclutamento ordinario				
	Operatore Tecnico Specializzato	4	supporto alle attività delle strutture tecnico sanitarie	reclutamento ordinario				
AMM	Collaboratore Amministrativo Prof.le	2	supporto amministrativo	reclutamento ordinario				
	Assistente Amministrativo	1	supporto amministrativo	art. 20, co. 1, D.lgs. 75/17				
		<b>11</b>						

Per quanto concerne le cessazioni rilevabili (n. 5), sono previste:

RUOLO	PROFILO	N	CAUSA CESSAZIONE	CESSAZIONE DA ORGANICO			
				I° trim.	II° trim.	III° trim.	IV° trim.
SAN	Dirigente veterinario	1	raggiungimento limite di età				
		1	pensionamento anticipato				
TEC	Collaboratore Tecnico Prof.le	1	raggiungimento limite di età				
	Collaboratore Tecnico Prof.le	1	pensionamento anticipato				
	Assistente Tecnico	1	raggiungimento limite di età				
		<b>5</b>					

Infine, rilevano le seguenti interruzioni della prestazione lavorativa (n. 7) in corrispondenza di aspettative senza assegni e/o comando in uscita di personale a tempo indeterminato:

RUOLO	PROFILO	N	CAUSA INTERRUZIONE
SAN	Dirigente veterinario	2	aspettativa senza assegni 12 mesi
TEC	Collaboratore Tecnico Prof.le	1	aspettativa senza assegni 12 mesi
	Collaboratore Tecnico Prof.le	1	aspettativa senza assegni 4 mesi
	Collaboratore Tecnico Prof.le	1	aspettativa senza assegni 6 mesi
AMM	Assistente Amministrativo	2	comando in uscita 11 mesi
		<b>7</b>	

## PERSONALE A TEMPO DETERMINATO E IN ASSEGNAZIONE TEMPORANEA

Come già detto, il contingente indicato nel piano costituisce una mera previsione alla data del presente atto; laddove infatti nuove situazioni non prevedibili lo richiedessero, l'Istituto, con le modalità selettive previste dalla legge, potrà provvedere nei limiti di bilancio e nel rispetto degli altri vincoli di legge. Nel dettaglio si prevedono le seguenti immissioni a tempo determinato (n. 4):

RUOLO	PROFILO	N	ESIGENZE	PROCEDURE	IMMISSIONE IN ORGANICO			
					I° trim.	II° trim.	III° trim.	IV° trim.
SAN	Dirigente veterinario	2	Attività di ricerca	reclutamento ordinario				
	Assistente amministrativo	1	attività istituzionale	reclutamento ordinario				
		<b>3</b>						

Più in generale, confermato che l'Istituto ricorre ad assunzioni a termine (ma anche a comandi in entrata), a garanzia dell'erogazione dei servizi, solo per esigenze di carattere eccezionale e temporaneo, ovvero per la sostituzione di dipendenti assenti per lunghi periodi o nell'attesa della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato, e comunque nei limiti di bilancio e nel rispetto degli altri vincoli di legge, la pianificazione indicata è disposta anche in relazione al turn over di personale flessibile ed è coerente con le esigenze sostitutive di personale (compresi comando/aspettativa in uscita).

Per quanto concerne le cessazioni di personale a tempo determinato rilevate (n. 3), sono previste:

RUOLO	PROFILO	N	CAUSA CESSAZIONE	CESSAZIONE DA ORGANICO			
				I° trim.	II° trim.	III° trim.	IV° trim.
SAN	Dirigente veterinario	1	termine comando				
SAN	Dirigente veterinario	1	scadenza contratto				
		1	scadenza contratto				
AMM	Assistente amministrativo	1	scadenza contratto				
		<b>4</b>					

La tabella che segue riporta la dinamica descritta:

RUOLO SANITARIO		PERSONALE IN ORGANICO al 31/12/2022		PIANO ASSUNZIONI 2023				PERSONALE IN ORGANICO al 31/12/2023	
		TEMPO INDET.	TEMPO DET.	ASSUNZIONI TEMPO INDET	CESSAZIONI TEMPO INDET	ASSUNZIONI TEMPO DET - COMANDO in entrata	CESSAZIONI TEMPO DET	TEMPO INDET	TEMPO DET.
Dirigenti Veterinari	Dirigenza Area Sanità	37	2	1	2	2	3	36	1
Dirigenti Sanitari (Biologi)		7	0	0	0	0	0	7	0
Dirigenti Sanitari (Chimici)		5	0	1	0	0	0	6	0
Tec. San. Lab. Biomedico	Comparto (area professionisti della salute e funzionari)	30	0	0	0	0	0	30	0
<b>TOTALE RUOLO</b>	<b>TOTALI</b>	<b>79</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>79</b>	<b>1</b>
RUOLO TECNICO		TEMPO INDET.	TEMPO DET.	ASSUNZIONI TEMPO INDET	CESSAZIONI TEMPO INDET	ASSUNZIONI TEMPO DET - COMANDO in entrata	CESSAZIONI TEMPO DET	TEMPO INDET	TEMPO DET.
Dirigenti Tecnici (Analisti)	Dirigenza PTA	1	0	0	0	0	0	1	0
Collaboratori Tecnici Prof.li	Comparto (area professionisti della salute e funzionari)	57	0	2	1	0	0	58	0

Assistenti Tecnici	Comparto (area assistenti)	33	0	0	1	0	0	32	0
Assistente Informatico		5	0	0	0	0	0	5	0
Operatori Tecnici Specializzato	Comparto (area operatori)	8	0	4	0	0	0	12	0
Operatore Tecnico	Comparto (area personale di supporto)	14	0	0	0	0	0	14	0
<b>TOTALE RUOLO</b>	<b>TOTALI</b>	<b>118</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>122</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>		<i>TEMPO INDET</i>	<i>TEMPO DET.</i>	<b>ASSUNZIONI TEMPO INDET</b>	<b>CESSAZIONI TEMPO INDET</b>	<b>ASSUNZIONI TEMPO DET - COMANDO in entrata</b>	<b>CESSAZIONI TEMPO DET</b>	<i>TEMPO INDET</i>	<i>TEMPO DET.</i>
Dirigenti Amministrativi	Dirigenza PTA	5	0	0	0	0	0	5	0
Collaboratori Amm.vi Prof.li	Comparto (area professionisti della salute e funzionari)	13	0	2	0	0	0	15	0
Assistenti Amministrativi	Comparto (area assistenti)	21	2	1	0	1	1	22	2
Coadiutori Amm.vi Senior	Comparto (area operatori)	3	0	0	0	0	0	3	0
<b>TOTALE RUOLO</b>	<b>TOTALI</b>	<b>42</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>2</b>

RIEPILOGO	PERSONALE IN ORGANICO al 31/12/2022		PIANO ASSUNZIONI 2023				PERSONALE IN ORGANICO al 31/12/2023	
	<i>TEMPO INDET</i>	<i>TEMPO DET.</i>	<b>ASSUNZIONI TEMPO INDET</b>	<b>CESSAZIONI TEMPO INDET</b>	<b>ASSUNZIONI TEMPO DET - COMANDO in entrata</b>	<b>CESSAZIONI TEMPO DET</b>	<i>TEMPO INDET.</i>	<i>TEMPO DET.</i>
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	55	2	2	2	2	3	55	1
<b>TOTALE COMPARTO</b>	184	2	9	2	1	1	191	2
<b>TOTALE GENERALE</b>	239	4	11	4	3	4	246	3

La tabella precedente dettaglia le concrete dinamiche del personale in servizio, ed evidenzia, oltre alle immissioni/cessazioni di personale a tempo indeterminato, le tipologie di rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato) di cui si prevede di avvalersi.

La programmazione indicata si traduce in una spesa "reale massima" a lordo degli oneri pari a circa €. 15.000.0000,00. Rispetto alla annualità precedente va considerato l'adeguamento contrattuale del personale del comparto (il CCNL relativo è stato stipulato in data 2.11.2022 – triennio 2019-2021) ma anche l'emolumento accessorio *una tantum* disposto per l'anno 2023 dall'art. 1, comma 330, della legge di bilancio (l. 197/2022), da corrispondere per tredici mensilità, fissato nella misura dell'1,5 per cento dello stipendio tabellare.

## RUOLO DELLA RICERCA SANITARIA E DELLE ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLA RICERCA SANITARIA

La presente sezione riporta la programmazione annuale relativa al personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria (c.d. "piramide della ricerca"), cui corrisponde, in attuazione delle disposizioni di legge, un'autonoma sezione della dotazione organica dell'ente.

La legge di bilancio 2018 (n. 205/2017) ha istituito due nuove figure (profili professionali) dedicate alla ricerca nel comparto sanità: il ricercatore sanitario e il collaboratore professionale di ricerca sanitaria. Il quadro normativo è rappresentato dall'art. 1, commi 422 – 434 della legge n. 205/2017 e dall'art. 1, comma 543 della legge n. 145/2018 (legge di bilancio). Le due figure professionali rappresentano un nuovo strumento contrattuale a disposizione degli IRCCS e degli II.ZZ.SS. di contrasto al precariato e di valorizzazione di tutte quelle risorse umane impegnate a vario titolo in attività di ricerca nelle amministrazioni interessate, così come declinato nel CCNL del comparto Sanità – Sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività a supporto della ricerca sanitaria, in vigore dal 12.07.2019.

Il quadro normativo è stato completato da ulteriori decreti, pubblicati nel corso del 2020 e 2021, che hanno dettato disposizioni per la valutazione del suddetto personale nonché per l'espletamento delle procedure di reclutamento, permettendo di procedere ad una programmazione delle nuove assunzioni per le figure in argomento.

**È utile precisare che il costo sostenuto per il personale di cui alla presente sezione non risulta a carico del PTFP 2023-2025** (o meglio del bilancio c.d. di funzionamento dell'ente); la normativa prevede una copertura totale con fonti di finanziamento esterne ivi dedicate.

La Legge n. 205/2017 prevede difatti due linee di finanziamento per tale personale:

- un trasferimento di risorse da parte del Ministero della Salute a valere su un capitolo del Bilancio dello Stato, ripartito tra gli Istituti Zooprofilattici e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Per l'anno 2022, è stata riconosciuta una quota parte pari ad € 2.100.000,00, che si ritiene sarà mantenuta anche per l'anno 2023;
- ulteriori risorse possono essere identificate nel limite del 30% delle complessive risorse finanziarie disponibili per le attività di ricerca tra le quali, secondo le note del Ministero della Salute, possono essere ricompresi i fondi della Ricerca corrente, Ricerca finalizzata, Fondi di cui all'art. 43 della L.449/1997 (sponsorizzazioni e collaborazioni con soggetti pubblici o privati) comprensivi dei fondi derivanti dalla ricerca commissionata, 5 per mille destinato agli Enti di ricerca e agli IZS, Fondi derivanti da bandi di ricerca (fondazioni, fondi europei).

## STATO ATTUALE

Al termine del 2019 e durante il corso del 2020, è stata completata la “prima fase” di attuazione della piramide attraverso le assunzioni di personale avente i requisiti di cui alla Legge n. 205/2017 e s.m.i. (Deliberazioni nn. 530/2019 e 154/2020), procedendo successivamente al riconoscimento delle relative fasce economiche, secondo quanto previsto dal DM 24.04.2020, dal CCNL del 11.09.2019 e, per quanto concerne il collaboratore di ricerca D, dalla contrattazione integrativa aziendale (cfr. art. 5 DM 24.04.2020). Nell'anno 2022 si è dato seguito alla seconda fase di

attuazione della piramide attraverso lo svolgimento di procedure concorsuali finalizzate all'assunzione di Collaboratori di ricerca cat. D. Nella tabella seguente si riporta la consistenza di personale alla data del 31.12.2022.

PROFILO PROFESSIONALE	Fascia retributiva	N.
Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria D	D 0	19
	D 3	3
	<b>totale</b>	<b>22</b>
Ricerca Sanitaria DS	DS 0	7
	DS 3	5
	DS 6	4
	<b>totale</b>	<b>16</b>

## PIANO ASSUNZIONALE 2023 – SEZIONE DELLA RICERCA

In relazione alle risorse utili per l'assunzione del personale, ad oggi non risulta quantificato il finanziamento 2023, ma atteso quanto disposto dall'art. 1, comma 424, delle legge n. 205/2017, è prevedibile un'assegnazione pari all'anno 2022.

In ogni caso, in attesa della formale assegnazione, si è provveduto ad una programmazione annuale nel limite delle risorse formalmente riconosciute per l'anno 2022, pari ad €. 2.100.000,00 tenendo pure conto delle risorse necessarie per i rinnovi contrattuali, ma anche per le eventuali progressioni economiche, secondo le regole che la stessa contrattazione nazionale potrà disporre a regime.

Tanto premesso, nelle more della definizione del finanziamento per l'anno 2023, alla luce dei fabbisogni di personale in relazione alle attività previste dai programmi di ricerca, è previsto il reclutamento di ulteriori unità con il profilo di ricercatori sanitari e collaboratori professionali di ricerca sanitaria, secondo le consistenze della tabella che segue, per una spesa lordo oneri pari ad €. 2.002.334,16. Le somme che residuano sono accantonate in attesa dei rinnovi contrattuali (per il personale in argomento il contratto vigente è relativo al triennio 2016-2018).

PROFILI PROFESSIONALI		UNITÀ AL 31.12.2022	ASSUNZIONI 2023	CESSAZIONI 2023	UNITÀ PREVISTE AL 31.12.2023
COLL. PROF. DI RICERCA SANITARIA	D0	19	4	-	23
COLL. PROF. DI RICERCA SANITARIA D3	D3	3	-	-	3
COLL. PROF. DI RICERCA SANITARIA D6	D6	-	-	-	0
RICERCATORE SANITARIO DS0	DS0	7	7	-	14
RICERCATORE SANITARIO DS3	DS3	5	-	-	5
RICERCATORE SANITARIO DS6	DS6	4	-	1	3
<b>TOTALI</b>		<b>38</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>48</b>

## MISURE A SOSTEGNO DELLA DISABILITÀ

Ai sensi dell'art. 35, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 l'Istituto è tenuto ad assumere persone con disabilità nella quota d'obbligo prevista dalla normativa e ad osservare precisi vincoli per effettuare le assunzioni. Va precisato che tali assunzioni devono essere garantite sia in presenza di posti

vacanti, sia in caso di soprannumerarietà, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.L. n. 101/2013, come ribadito dalla circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 5/2013, dalle Linee Guida per la predisposizione del PTFP e, da ultimo, dalla Direttiva n. 1/2019 emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione. In particolare, ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 68/1999, le aziende con più di 50 (cinquanta) dipendenti sono tenuti ad avere alle loro dipendenze lavoratori appartenenti alla categoria "disabili" in misura pari al 7% dei lavoratori occupati, al netto delle esclusioni determinate dalla legge. In argomento va rilevato che, ai sensi delle disposizioni in materia di collocamento obbligatorio delle categorie protette, anche i dipendenti a tempo determinato con contratto di durata superiore a 6 (sei) mesi sono computati ai fini delle determinazioni della quota di riserva.

Pertanto, in base all'ultimo Prospetto Informativo inviato in data 19.01.2023 (i cui dati sono riportati nella tabella seguente), l'Istituto presenta all'interno del suo organico n. 16 (sedici) dipendenti che coprono le due diverse quote d'obbligo.

*"Prospetto Informativo ex L. 68/1999"*

<b>PROSPETTO INFORMATIVO ex L. n. 68/1999 al 31.12.2022</b>	
Base di computo	204
Quota di riserva disabili (7%) (art. 3 L.68/99)	14
Quota di riserva categorie protette (1%) (art. 18 L.68/99)	2
Numero disabili in forza	14
Numero categorie protette in forza	2
Numero scoperture disabili	0
Numero scoperture categorie protette	0

Si ricorda che l'incremento del costo del **personale assunto ai sensi della Legge n. 68/1999** è da ritenersi comunque *fuori dal budget assunzionale come sopra determinato*, ai sensi del punto 2.2 delle Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche.

*"Spesa per categorie protette" anno 2023*

<b>Categoria</b>	<b>Profilo</b>	<b>Unità</b>	<b>Valore finanziario</b>
DISABILI	Assistente Amministrativo	3	€ 72.462,45
	Operatore Tecnico Spec.to Senior	2	€ 48.308,30
	Assistente Informatico	1	€ 24.154,15
	Operatore Tecnico	8	€ 165.998,80
CATEGORIE PROTETTE ex art. 18 L.68/99	Operatore Tecnico	2	€ 41.499,70
<b>TOTALE COSTO PERSONALE assunto ex L.68/99</b>		<b>16</b>	<b>€ 352.423,40</b>

### Sezione 3.3.1 – Formazione del personale

Il Piano della formazione 2023-2025 è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 27 marzo 2023.

Il predetto Piano della formazione è stato approvato dal Comitato Scientifico nella riunione del 16 febbraio 2023; è stato acquisito il parere favorevole del Comitato Unico di Garanzia ed è stato trasmesso al Consiglio dei Sanitari il quale non ha presentato osservazioni in merito.

In allegato al presente si riportano le Tabelle relative alle attività formative programmate nell'anno 2023 che, in estrema sintesi sono articolate come segue:

*"Piano Formativo ECM"*, articolato in n. 16 attività formative, di cui n. 3 progetti formativi aziendali ECM, n. 9 eventi formativi ECM, n. 2 ulteriori edizioni da accreditare AGENAS e n. 2 eventi in collaborazione;

*"Piano Formativo NON ECM"*, articolato in n. 56 attività formative, di cui n. 29 progetti formativi aziendali e n. 27 eventi formativi.

## Sezione 4 – Monitoraggio

Il monitoraggio rappresenta il controllo periodico svolto dall'Amministrazione sul piano nel suo insieme e nelle singole sezioni e sotto-sezioni e risponde sostanzialmente a due principali obiettivi:

- 2) costruire il quadro complessivo in termini di raggiungimento degli obiettivi/indicatori/target previsti nel Piano
- 3) far emergere eventuali situazioni di criticità che si siano verificate e che necessitano la revisione degli obiettivi/indicatori/target previsti.

Per quanto riguarda la Performance il monitoraggio di quanto rappresentato nella sotto-sezione 2.2 del presente PIAO si inserisce nell'ambito del processo di Misurazione e Valutazione della Performance attualmente in essere presso l'Istituto. Tra gli obiettivi strategici è prevista la revisione del sistema predetto da realizzare entro il 2022; all'interno del nuovo sistema verrà rivisitata anche la fase del monitoraggio, a decorrere dal 2023, pertanto in sede di aggiornamento del prossimo PIAO la presente sezione sarà aggiornata e riallineata alle nuove disposizioni.

Per quanto riguarda le performance della prima annualità (2022) del presente Piano si procederà sulla base delle regole vigenti che prevedono quanto segue:

- a) nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è previsto il monitoraggio infra-annuale e, pertanto, vengono ogni anno raccolti i dati relativi allo stato di attuazione (di norma entro il mese di settembre)
- b) a seguito del monitoraggio intermedio viene predisposta una Relazione di monitoraggio utile a rendere noto lo stato di avanzamento degli obiettivi fissati in fase di programmazione e le possibili situazioni di criticità che si sono presentate
- c) con il monitoraggio finale, invece, i dati raccolti vengono utilizzati per la stesura della Relazione annuale sulla performance che conclude la fase della rendicontazione e rappresenta il completamento del ciclo della performance (avviato con il Piano della performance dell'anno precedente). La Relazione, che deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, gli eventuali scostamenti e le relative cause, è, quindi, un valido strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, esterni ed interni, i risultati ottenuti nel periodo considerato.

Per quanto riguarda i rischi corruttivi il monitoraggio (del PTPCT) di quanto rappresentato nella sotto-sezione 2.3 del presente PIAO è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Il riesame invece è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Rientrano tra le misure di monitoraggio:

- a) la predisposizione, ad opera del Responsabile della Prevenzione, entro il 15 Dicembre di ogni anno, (salvo eventuale proroga disposta da ANAC) di una relazione che riporta il rendiconto, anche sulla base delle relazioni presentate entro il 30 Novembre di ogni anno dai Referenti e Responsabili di struttura, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel piano;
- b) lo svolgimento di controlli a campione da parte del Responsabile della Prevenzione, con l'eventuale collaborazione dei referenti delle aree interessate e con il supporto delle professionalità richieste dall'oggetto del controllo. Nell'espletamento delle funzioni di verifica e monitoraggio, il Responsabile può chiedere ed acquisire dai responsabili delle strutture aziendali interessate, aggiornamenti sullo stato di attuazione ed adeguatezza delle misure previste nei piani, notizie e/o elementi riferite a modifiche o proposte di misure da implementare.
- c) Audit interni che assume rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema dei

controlli interni finalizzati alla prevenzione del rischio.

Il monitoraggio infra-annuale sarà effettuato entro il 30 settembre 2023 a cura della direzione aziendale con il supporto dell'Ufficio programmazione e controllo di gestione.

**Allegati al PIAO:**

- 1 - Elenco degli obblighi di pubblicazione – Amministrazione Trasparente
- 2 - Mappatura dei processi e valutazione del rischio
- 3 - Misure di trattamento del rischio
- 4 - Piano formativo 2023-2025 ECM e non-ECM