

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione - *Valore pubblico*

Il Consiglio di Amministrazione, nella seduta del 14 dicembre 2022, alla presenza dei rappresentanti delle Regioni, del Direttore Generale f.f. e del Direttore Amministrativo ha adottato le linee guida per l'attività di programmazione dell'esercizio 2023, approvate con propria deliberazione n. 8 del 14 dicembre 2022 avente ad oggetto: "Approvazione degli indirizzi generali per la programmazione delle attività dell'Istituto per l'anno 2023".

Per il medesimo esercizio e nella stessa riunione l'organo politico ha ribadito i punti delle attività che contraddistinguono il valore pubblico dell'Istituto, in particolare:

- innovazione, attraverso la c.d. "Piattaforma ONE HEALTH";
- impulso per l'attività di ricerca operativa e la cooperazione internazionale;
- supporto tecnico per la tutela della sanità e del benessere animale, dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, della sicurezza degli alimenti di origine animale e vegetale, di una corretta integrazione tra uomo-animale e ambiente, in una chiave di sostenibilità economica, sociale e ambientale;
- formazione rivolta alla crescita del personale interno e all'erogazione di attività formativa all'esterno;
- organizzazione di servizi innovativi;

L'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile, nel definire i 17 obiettivi da raggiungere per uno sviluppo sostenibile, ha esplicitamente escluso, prediligendo una visione antropocentrica, la considerazione del mondo animale come intrinsecamente collegato a tutti gli obiettivi. La necessità di governare in modo integrato le relazioni tra sostenibilità e questioni legate al mondo animale nasce dalla consapevolezza che sia necessario adottare una visione "ONE HEALTH" per utilizzare tutti gli strumenti disponibili per la governance condivisa delle dinamiche relative alla sanità umana e animale.

Ad esempio l'agricoltura animale, l'industria legata all'acquacoltura focalizzano la propria attenzione sulla produzione mentre influiscono sulla sicurezza alimentare nei paesi sviluppati così come l'agricoltura per gli animali e l'acquacoltura hanno un profondo impatto in termini di salute umana, diritti e benessere, inquinamento, cambiamento climatico. Le interconnessioni sono talmente importanti se consideriamo l'urgenza che nasce dalla consapevolezza che esistono attese nel mondo per cui la produzione dei differenti prodotti di origine animale raddoppierà a partire dal 2050.

L'Istituto, attraverso la sua ricerca e l'attività di diagnostica di laboratorio, contribuisce a potenziare gli strumenti di governance finalizzati ad individuare il miglior trade-off possibile tra benessere animale e sostenibilità nella agricoltura animale, lo sviluppo degli allevamenti estensivi piuttosto di quelli intensivi che producono emissioni di gas inferiori a quelli intensivi, la conservazione della biodiversità, la regolazione delle attività di caccia e pesca, ecc.. E' intenzione della Direzione Aziendale sviluppare indicatori che in un'ottica di systems dynamics consenta di valutare l'impatto sugli obiettivi di sostenibilità derivanti dall'attività istituzionale dell'Istituto.

La creazione di valore pubblico per l'Istituto è altresì orientata alla introduzione di una serie di attività e di comportamenti indirizzati all' **etica dello sviluppo sostenibile e del risparmio energetico**, concetti che comunque rinviano al principio generale "ONE HEALTH".

Con deliberazione n. 492 del 10 novembre 2022, è stato promosso la costituzione del gruppo di lavoro i cui compiti sono indirizzati alla realizzazione di attività volte alla sostenibilità ambientale ed etica in tema di risparmio energetico. mutuando i principi generali:

- dell'Agenda 2030 finalizzata allo sviluppo sostenibile;
- del Green Deal europeo, per l'avvio della UE ad una transizione verde fino al raggiungimento della neutralità climatica entro il 2050;
- del Regolamento UE 2022/1369 del 5 agosto 2022 prevedendo misure volte a ridurre i consumi di gas naturale nel periodo 1° agosto 2022 – 31 marzo 2023;
- del Decreto legislativo n. 48 del 10 giugno 2020 che ha recepito la Direttiva (UE) 2018/844 sulla prestazione energetica nell'edilizia;
- del “Piano nazionale di contenimento dei consumi di gas”, reso noto il 6 settembre 2022 dal Ministero della Transizione Ecologica (MITE);
- del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Decreto Legge n.36 del 30 aprile 2022, che ha il preciso scopo di attuare riforme di contesto anche nella pubblica amministrazione, per migliorare la capacità amministrativa a livello centrale e locale attraverso misure finanziarie per l'efficienza energetica e la “transizione verde”, con la maggior parte delle risorse destinata alla riqualificazione degli edifici;
- della Legge di bilancio 2022 con cui è stata rafforzata dell'operatività del Fondo nazionale per l'efficienza energetica;
- delle semplificazioni normative e incentivi per l'installazione di impianti fotovoltaici nel patrimonio edilizio pubblico;

Nell'atto deliberativo sono enunciate tutte le attività da attuare per quanto riguarda gli interventi di edilizia e per la tenuta di comportamenti virtuosi da parte di tutti i dipendenti dell'ente.

Sottosezione di programmazione – Performance

Presupposti normativi del Piano della Performance:

- decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, concernente il riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
- decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, concernente la “Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n.183”;
- intesa legislativa approvata con la legge della regione Lazio del 29 dicembre 2014, n.14, e la legge della regione Toscana del 25 luglio 2014, n. 42, concernenti “Riordino dell'Istituto Zooprofilattico del Lazio e della Toscana M. Aleandri” che all'art. 9, comma 2, lettera c), prevede che il Consiglio di Amministrazione “definisce, sulla base della programmazione regionale gli indirizzi regionali per la programmazione pluriennale dell'Istituto”;
- lettera d) della richiamata intesa legislativa che prevede che il Consiglio di Amministrazione “adotta annualmente il piano triennale di attività ed il bilancio pluriennale di previsione predisposti dal direttore generale”;

Le Linee guida in Conferenza Programmatica: in tale sede il Consiglio di Amministrazione, nella seduta del 14 dicembre 2022, alla presenza dei rappresentanti delle Regioni, del Direttore Generale f.f. e del Direttore Amministrativo ha adottato le linee guida per l'attività di programmazione dell'esercizio 2023, approvate con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 8 del 14 dicembre 2022 recante: “Approvazione degli indirizzi generali per la programmazione delle attività dell'Istituto per l'anno

2023”;

In tale contesto l’organo di indirizzo politico ha ribadito i punti delle attività che connotano i futuri obiettivi istituzionali dell’Istituto, ed individuano il **valore pubblico** dell’ente declinandolo in Linee guida.

LINEE GUIDA PER L’ATTIVITA’DI PROGRAMMAZIONE DELL’ESERCIZIO 2023

AREA ECONOMICO-FINANZIARIA

Equilibrio di bilancio

Tale attività prevede il mantenimento dell’equilibrio economico di bilancio nell’esercizio di competenza, in relazione alle risorse derivanti dalla quota di riparto del Fondo Sanitario Nazionale e dagli altri ricavi previsti da Fondi regionali e ministeriali, nonché da soggetti pubblici e privati.

Rientrano in questa area anche la gestione contabile delle risorse derivanti all’Istituto dalla cosiddetta “Piramide della ricerca” che secondo la norma deve essere gestita con una sua specifica sezione del bilancio.

Riguardo a tale macroarea, è necessario tener conto anche degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale dalle Regioni cogereenti. Infatti, rispetto al ciclo passivo, si evidenzia come cogente quello relativo al contenimento e rispetto dei tempi di pagamento, ai sensi del comma 865, Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019).

In particolare, dovranno essere perseguite le seguenti azioni:

- pareggio di bilancio;
- bilancio sezionale per la “Piramide della Ricerca”;
- rispetto dei tempi di pagamento, ai sensi della normativa vigente, per gli effetti dell’art. 1, comma 865, della richiamata Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019);
- azioni specifiche miranti al recupero dei crediti verso terzi in attuazione della convenzione stipulata con al Agenzia delle Entrate nel corso del 2022 e del Regolamento adottato dall’Ente;

AREA STRATEGICO-DIREZIONALE

Riorganizzazione dell’Istituto

In un’ottica di soddisfazione del mandato triennale del Direttore Generale, dovrà continuare l’azione intrapresa in conseguenza dell’adozione del nuovo Regolamento per l’Organizzazione Interna dei Servizi attraverso:

- l'accorpamento della UOC Formazione alla Struttura Complessa "Qualità e Sicurezza", l'accorpamento della UOSD "Sistemi Informatici" come funzione attribuita al Direttore Amministrativo o l'attribuzione ad altra struttura complessa, la ridefinizione e semplificazione della UOS di Supporto alla Direzione;
- manutenzione del testo integrato del Regolamento aziendale;
- Assegnazione degli incarichi gestionali e professionali che si renderanno vacanti;
- Nel campo delle relazioni sindacali redazione e stipula dei contratti integrativi aziendali sia per la dirigenza che per il comparto.
- Aggiornamento del PIAO;
- Avvio delle azioni per dotare l'Ente di un nuovo sistema di gestione delle prove dei laboratori (SIL).

Politiche delle Risorse Umane

In tale ambito sono previste le seguenti attività:

- aggiornamento e manutenzione dei Piani Triennali delle Assunzioni Istituzionale e della Piramide della Ricerca;
- implementazione delle procedure concorsuali previste in applicazione del Piano triennale delle assunzioni;
- Implementazione delle professioni sanitarie e amministrative e della ricerca attraverso lo sviluppo degli incarichi dei professionisti in coerenza con le risorse accantonate;
- Sviluppo di applicativi e strumenti per la dematerializzazione delle attività dell'Ente tra cui: fascicoli del personale, piattaforma per il reclutamento del personale, programma missioni.

Investimenti tecnologici e di edilizia sanitaria

Gli investimenti nel settore tecnologico e nell'edilizia sanitaria saranno indirizzati alla realizzazione nei seguenti ambiti:

- Interventi volti al risparmio energetico quali la sostituzione entro l'anno di tutti i punti luce dell'Ente con dispositivi a LED, l'avvio della implementazione dei temporizzatori;
- Scelta sulle due opzioni di edificabilità/impianto per la costruzione dei nuovi laboratori di virologia, del BLS3 e della nuova necropsia ed espletamento della gara per la esecuzione dei lavori "chiavi in mano";
- demolizione e ricostruzione dell'Edificio 6 della sede di Roma con spostamento di alcune attività lì attualmente svolte, trasferimento in più idonea sede degli uffici usati dal personale dedito al trasporto di campioni;

- lavori di adeguamento edilizio della Officina Farmaceutica della sezione di Siena e impianti di pannelli fotovoltaici;
- lavori di adeguamento delle coperture della sede di Latina con sostituzione degli impianti obsoleti, rifacimento della sala necroscopica e dotazione della sede id impianto a pannelli fotovoltaici;
- definizione del piano triennale ed annuale dei lavori;
- censimento e piano di rinnovo degli impianti per la fornitura di acqua e aria condizionata presenti in azienda.

Definizione/aggiornamento del programma biennale degli acquisti di beni e servizi

Saranno implementate attraverso la Commissione per la Programmazione degli Acquisti e gruppi di lavoro già in essere o costituiti ad hoc per garantire:

- l'attività di acquisto di apparecchiature seguendo il piano condiviso con le strutture garantendo un volume di spesa superiore ad un milione di euro e con particolare attenzione all'area della chimica analitica;
- garantire un monitoraggio continuo della spesa dei servizi e degli acquisti di beni;
- definire un piano aziendale di ottimizzazione dell'utilizzo dei terreni colturali prodotti dall'Ente;
- sarà esteso a tutte le necroscopie il progetto avviato sulle sedi di Grosseto e Roma di dotazione di un sistema di video-necroscopie;
- sarà effettuato uno studio di fattibilità e saranno formulate ipotesi in grado di migliorare i tempi di acquisto dei beni. Tale azione potrà essere sviluppata attraverso un tutoraggio formativo;
- stipula del nuovo contratto di manutenzione delle apparecchiature sanitarie in dotazione all'Ente;

AREA SANITARIA E DELLA FORMAZIONE

Sul piano dei servizi sanitari erogati e della loro qualità le principali direttrici di lavoro dell'Ente saranno rivolti a:

- consolidare la programmazione per obiettivi attraverso la organizzazione Hub e Spoke sulle 5 linee di lavoro;
- garantire il rispetto delle modalità di trasporto dei campioni tra le sedi e la loro tracciabilità;
- gestione e sviluppo della App di gestione degli avvelenamenti;
- valorizzare i Centri Nazionali di Referenza garantendo per il 2023 che tutti i Centri svolgano un momento formativo extra-aziendale;

- definire, sulla base degli studi effettuati nel 2022 di almeno 1 azione specifica nell'ambito della innovazione e della zootecnia ecocompatibile anche in collaborazione con Università ed altri Enti di ricerca;
- attuare il piano della formazione per il 2023;
- effettuare un corso di formazione per le figure a maggiore impegno gestionale dell'area del comparto;
- supportare le azioni delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali in tema di Peste Suina Africana, di Listeriosi e di controllo delle zoonosi a carattere vettoriale quali la West Nile, Zika o al Chikungunja e di altre emergenze sanitarie che potranno determinarsi garantendo la reportistica di livello regionale, nazionale ed internazionale;
- garantire le attività di sequenziamento profondo del genoma virale (NGS-Next Genome Sequencing) per le attività ordinarie e la ricerca delle varianti da Sars CoV2;
- Attuazione di una attività specifica per ogni UOT dell'Ente;
- sviluppare in accordo con gli altri IZZSS azioni specifiche volte alla razionalizzazione delle attività del sistema di rete della chimica analitica;
- sviluppare le attività di valutazione dei biocidi e dei fitosanitari anche attraverso il rafforzamento del gruppo di lavoro aziendale.

Sviluppo tecnico e scientifico dell'Ente, politiche di internazionalizzazione e rapporti con il territorio

Al fine di contribuire allo sviluppo tecnico e scientifico dell'Ente, verranno intraprese le seguenti attività:

- consolidamento delle performance della ricerca, sia in relazione alla produzione di *Impact Factor*, che delle attività connesse alla "Piramide della ricerca";
- ampliamento delle collaborazioni in tema di progettazione in ambito nazionale ed internazionale anche attraverso la definizione di obiettivi ad hoc per singole strutture;
- studio e avvio di un modello aziendale di valutazione della produzione scientifica delle strutture dell'Ente;
- sviluppo di azioni nell'ambito dell'acquacoltura, nell'ambito del dottorato di ricerca istituito e finanziato dall'Ente presso il Dipartimento di Medicina Veterinaria di Pisa;
- riconoscimento da parte della Regione Lazio del Centro Regionale per la Entomologia;
- gestione di progetti di particolare rilievo approvati nel corso del 2022 in ambito di PNRR, progetti CCM ecc.;

- gestione del nuovo Memorandum of Understanding tra il Governo Italiano e la WOAH attraverso la partecipazione ad un progetto in essere e la partecipazione ad un progetto da acquisire nel corso del 2023;
- Definizione di una Letter of agreement (LoA) tra FAO ed IZSLT, in materia di prevenzione all'origine di alcune malattie epidemiche, buone pratiche in apicoltura e valutazione del rischio in Sanità animale;
- interventi regionali specifici a supporto del Piano regionale della prevenzione e del Piano regionale integrato per i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare, il benessere e la sanità degli animali ed il piano per il controllo delle arbovirosi previsti dalle Regioni Lazio e Toscana;
- partecipazione alla gestione e del I° master di II livello in “One Health” in partnership con il Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università di Pisa, l'Ateneo pisano e l'ateneo di Tor Vergata anche attraverso la messa a disposizione di docenti dell'Ente;

AREA DEGLI ADEMPIMENTI E INTEGRAZIONE DEI SISTEMI (QUALITÀ/SICUREZZA/ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA; PARI OPPORTUNITÀ, BENESSERE ORGANIZZATIVO)

Qualità e sicurezza ed interventi in materia di anticorruzione e trasparenza

La valutazione positiva alla fine del ciclo triennale di verifiche da parte dell'Ente terzo di accreditamento (ACCREDIA), ha determinato un notevole passo in avanti della qualità certificata dei laboratori e dei servizi interni dell'Istituto. In virtù di tali risultato sarà sviluppato:

- un programma di semplificazione del sistema a supporto della Qualità che si sviluppi nei termini di a) una forte dematerializzazione b) un minore impegno per le strutture operative c) una semplificazione/ accorpamento di procedure in essere;
- la realizzazione del programma delle attività del Centro bi-regionale per la Qualità in Microbiologia degli Alimenti attivato presso la sede di Viterbo con la DDG n.138 del 08/04/2021.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 579 del 30 dicembre 2022 è stato approvato il Piano triennale delle attività e la scheda sinottica del Piano annuale 2023 dell'Istituto comprensivo della proposta di obiettivi a scorrimento programmatico del Direttore Generale relativi al medesimo esercizio. https://www.izslt.it/wp-content/uploads/provvedimenti/Direttore%20Generale/579_22_.pdf

PIANO TRIENNALE DELLE ATTIVITA' 2023-2025

N	AREA	DESCRIZIONE	RISULTATO ATTESO 2023	PESO	RISULTATO ATTESO 2024	PESO	RISULTATO ATTESO 2025	PE SO	INDICATORI DI IMPATTO
1	Organizzazione	Riorganizzazione razionalizzazione delle attività dell'istituto Investimenti per la ristrutturazione degli ambienti operativi dell'Istituto	Conferma/Revisione e adeguamento del regolamento per l'ordinamento interno dei servizi. Consolidamento processi amministrativi di digitalizzazione (fascicolo del personale, ambiente di collaborazione legato al nuovo sistema di posta elettronica, utilizzo piattaforma per i concorsi per tutte le procedure esterne ed interne di reclutamento e progressione). Adozione e migrazione dei dati verso il nuovo applicativo SIL. - Demolizione e ricostruzione dell'edificio 6 e sistemazione aree esterne - Acquisto/ristrutturazione immobile 1000 mq per ridefinizione spazi aziendali - Realizzazione laboratorio BSL3 presso la sede di Roma - Ristrutturazione Sede di Latina - Realizzazione officina farmaceutica Siena	20	Conferma/Revisione e adeguamento del regolamento per l'ordinamento interno dei servizi Avvio della collaborazione con l'Università Tor Vergata per il Corso di Laurea in Veterinaria - sviluppo del lavoro agile attraverso la digitalizzazione dei processi amministrativi - Utilizzo spazi individuati per la diagnosi - Adeguamento infrastrutturale e tecnologico rispetto all'evoluzione dell'innovazione -Ristrutturazione edificio 4 secondo i progetti individuati	10	Conferma/Revisione e adeguamento del regolamento per l'ordinamento interno dei servizi - Incremento quali/quantitativo della capacità diagnostica anche utilizzando opportunità laboratorio BSL3 - Revisione degli spazi e delle tecnologie a disposizione della Virologia - Utilizzo diffuso dei processi amministrativi fondamentali (delibere, workflow documentale, portale del dipendente, fascicolo del personale, gestione informatizzata concorsi) con tecnologie digitali e a distanza	10	Delibera Annuale di adeguamento del regolamento per l'ordinamento interno dei servizi per la ridefinizione di incarichi e strutture in linea con le necessità di innovazione organizzativa Miglioramento della capacità diagnostica e di ricerca dell'Istituto Digitalizzazione dei processi amministrativi
2	Bilancio	Equilibrio economico di bilancio negli esercizi di competenza, in relazione alle risorse derivanti dalla quota di riparto del F.S.N. e degli altri ricavi previsti dall'art. 20 dell'intesa fra le Regioni Lazio e Toscana	- Equilibrio economico di Bilancio nell'esercizio di competenza - bilancio sezionale per la Ricerca a regime e in pareggio - Riduzione dei tempi di pagamento ai fornitori - adeguamento del sistema di tariffazione che consenta un costante aggiornamento dei costi delle prestazioni effettuate dall'Ente.	30	- Equilibrio economico di Bilancio nell'esercizio di competenza - Bilancio sezionale ricerca a regime e in pareggio. - Riduzione dei tempi di pagamento ai fornitori. - Consolidamento, integrazione e monitoraggio del nuovo sistema informativo di contabilità EUSIS	30	- Equilibrio economico di Bilancio nell'esercizio di competenza - Bilancio sezionale ricerca a regime e in pareggio. - Riduzione dei tempi di pagamento ai fornitori. - Consolidamento, integrazione e monitoraggio del nuovo sistema informativo di contabilità EUSIS	20	Bilancio in pareggio (Delibera)
3	Risorse umane	Reclutamento personale per sostituzione cessazioni, tenuto conto del	- avvio procedure concorsuali in applicazione del Piano triennale delle assunzioni per i profili necessari a garantire la dotazione organica;	20	- Monitoraggio e adeguamento della dotazione organica in rapporto alle evoluzioni	10	- Monitoraggio e adeguamento della dotazione organica in rapporto alle evoluzioni	20	- Monitoraggio e adeguamento della dotazione organica in

		Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi, della normativa intervenuta al riguardo e dell'equilibrio di bilancio	<ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione dell'attuazione delle norme previste dall'art.1, commi 422 e 434, della Legge di Bilancio per il 2018 riguardanti la "Piramide della ricerca" per gli istituti contrattuali previsti. Applicazione nuovo CCNL. - Approvazione Regolamenti per l'attribuzione delle progressioni economiche del personale della piramide a regime. 		<ul style="list-style-type: none"> organizzative, tecnico-professionali ed al turn over del personale rispetto al biennio precedente - Predisposizione delle procedure concorsuali per quei profili che hanno graduatorie scadute - Conclusione delle procedure - Completamento dotazione organica della ricerca 		<ul style="list-style-type: none"> organizzative, tecnico-professionali ed al turn over del personale rispetto al biennio precedente. -Incremento della produzione di ricerca - consolidamento delle fonti di finanziamento della piramide della ricerca 		<ul style="list-style-type: none"> rapporto alle evoluzioni organizzative, tecnico-professionali ed al turn over del personale rispetto al biennio precedente. -Incremento della produzione di ricerca - consolidamento delle fonti di finanziamento della piramide della ricerca
4	Qualità e appropriatezza delle prestazioni	Miglioramento continuo della qualità attraverso lo sviluppo del confronto comparativo tra le strutture organizzative dell'istituto, il riesame e lo sviluppo delle prove accreditate, il miglioramento dei tempi di risposta e l'aggiornamento della Carta dei servizi.	<ul style="list-style-type: none"> - Attuazione dell'anonimato dei campioni in sicurezza alimentare ed avvio in sanità animale - Completamento della riorganizzazione della sanità animale in Toscana e presso la sede di Viterbo - Riorganizzazione dell'area della Cooperazione allo sviluppo - Nuovi modelli di refertazione - Sviluppo delle attività di cooperazione internazionale con FAO e OIE - Sviluppo dei 6 CRN - Proposta di assegnazione di due Centri regionali in materia di Sicurezza Alimentare e One Health - Completamento della riorganizzazione dell'area di igiene degli alimenti con particolare rilievo del Centro Bi-regionale in Qualità microbiologica di Viterbo. - Attività di supporto alla pandemia da SARS-Cov 2 - Monitoraggio dello sviluppo della ricerca dell'Ente ed integrazione con la piramide della ricerca. 	10	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento dell'anonimato dei campioni in sanità animale - Consolidamento della riorganizzazione della sanità animale in Toscana e presso la sede di Viterbo - Sviluppo delle attività di cooperazione internazionale con FAO e OIE - Sviluppo dei 6 CRN - Attività dei due Centri regionali in materia di Sicurezza Alimentare e One Health - Monitoraggio dello sviluppo della ricerca dell'Ente ed integrazione con la piramide della ricerca. 	20	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio della riorganizzazione dell'area di igiene degli alimenti e sanità animale e riprogrammazione. - Sviluppo delle attività di cooperazione internazionale con FAO e OIE - Sviluppo dei 6 CRN - Attività dei due Centri regionali in materia di Sicurezza Alimentare e One Health - Aumento dei progetti e delle ricerche in ambito internazionale. - Monitoraggio dello sviluppo della ricerca dell'Ente ed integrazione con la piramide della ricerca. 	30	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento della Qualità delle prestazioni dell'Ente. Aumento dell'internazionalizzazione dell'Ente. Aderenza e sviluppo dei CRN e Centri di riferimento regionali alle aspettative regionali e nazionali. Consolidamento delle attività scientifiche del personale dedicato alla ricerca
5	Ricerca, Formazione e sviluppo del territorio	Rivitalizzare il rapporto fra Università e territorio attraverso la stipula di protocolli d'intesa con atenei, istituzioni e sistemi delle imprese allocati nelle due regioni per adeguare l'offerta formativa alle esigenze del territorio e delle imprese agro-zootecniche e valorizzare le produzioni agro-alimentari con il diretto coinvolgimento delle imprese del settore.	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento degli indirizzi di sviluppo della ricerca dell'Ente ed integrazione con la piramide della ricerca. - Attuazione del progetto con il Dipartimento di Medicina Veterinaria di Pisa in acquacoltura I anno - Formazione di Dirigenti veterinari per il SSN con l'attivazione del primo anno della scuola di specializzazione. - Piano Strategico Formativo Anno 2022 	20	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento degli indirizzi di sviluppo della ricerca dell'Ente ed integrazione con la piramide della ricerca. - Attuazione del progetto con il Dipartimento di Medicina Veterinaria di in acquacoltura II anno - Piano Strategico Formativo Anno 2023 	30	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento degli indirizzi di sviluppo della ricerca dell'Ente ed integrazione con la piramide della ricerca. - Attuazione del progetto con il Dipartimento di Medicina Veterinaria di Pisa in acquacoltura III anno 	20	<ul style="list-style-type: none"> Consolidamento delle attività scientifiche del personale dedicato alla ricerca Consolidamento collaborazione tecnico scientifica con Atenei del territorio di competenza

			<ul style="list-style-type: none"> - Prima edizione del master in One Health con Dipartimento di Medicina Veterinaria di Pisa e Università di TVG - Supporto Tecnico scientifico al costituendo Dipartimento di Medicina Veterinaria presso la Università di TVG 		<ul style="list-style-type: none"> - Seconda edizione del master in One Health con Dipartimento di medicina veterinaria di Pisa e Università di TVG - Supporto Tecnico scientifico al costituendo Dipartimento di Medicina Veterinaria presso la Università di TVG 		<ul style="list-style-type: none"> - Piano Strategico Formativo Anno 2024 - Terza edizione del master in One Health con Dipartimento di medicina veterinaria di Pisa e Università di TVG - Supporto Tecnico scientifico al costituendo Dipartimento di Medicina Veterinaria presso la Università di TVG 	<p>Attività di programmazione consolidata</p> <p>Consolidamento collaborazione tecnico scientifica con Atenei del territorio di competenza</p> <p>Consolidamento collaborazione tecnico scientifica con Atenei del territorio di competenza</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

PIANO DELLE ATTIVITA' 2023

MACROAREA	AREA DI INTERVENTO	OBIETTIVI GENERALI	PIANI ESECUTIVI AZIENDALI (PEA)	INDICATORI	PESO	Fonte
A. AREA ECONOMICO FINANZIARIA	A.1. Equilibrio di Bilancio.	A.1.1. Mantenimento dell'equilibrio economico di Bilancio nell'esercizio di competenza; contenimento e rispetto dei tempi di pagamento ai sensi del comma 865 Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019).	A.1.1.1. Equilibrio economico di Bilancio nell' esercizio di competenza e rispetto del budget concordato.	Equilibrio Bilancio di esercizio – (Adozione proposta di bilancio di esercizio da parte del DG entro termini di legge). SI/NO.	6	Deliberazione di adozione del Consiglio di Amministrazione.
	Tot. peso 15		A.1.1.2. Bilancio sezionale per la Ricerca.	Bilancio sezionale in pareggio. SI/NO.	3	Deliberazione di adozione del Consiglio di Amministrazione.
			A.1.1.3. Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della normativa vigente per gli effetti dell'art. 1 comma 865 Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019).	Liquidazione (o contestazione motivata) entro 10 gg. lavorativi da ricezione del documento.	3	Report della UO Economico-finanziaria. Report di supporto controllo interno: (Ricevimento-registrazione-liquidazione-pagamento) per verifica liquidazione (o contestazione motivata) da parte delle strutture coinvolte entro 10 gg lavorativi da ricezione documento da parte della Direzione Economico-finanziaria.
			A.1.1.4. Azioni specifiche miranti al recupero dei crediti verso terzi. Ricognizione situazioni debitorie pregresse, attivazione contestazioni in via bonaria attraverso l'Agenzia delle Entrate (gli eventuali invii di avviso coatto sono a cura della stessa).	1. invio su piattaforma ruoli Agenzia delle Entrate di almeno 100% ammontare crediti insoluti del 2013. 2. crediti dal 2014 al 31.12.2022 invio avvisi bonari su piattaforma Agenzia delle Entrate per almeno il 70% ammontare dei crediti insoluti. Indice accesso: 90%	3	Report UOC Economico-finanziaria.

B. AREA STRATEGICO/ DIREZIONALE	B.1. Organizzazione dell'IZSLT. Tot. peso 15	B.1.1.Riorganizzazione dell'Istituto.	B.1.1.1. Aggiornamento del testo integrato del "Regolamento per l'erogazione dei Servizi" che preveda: 1) Accorpamento della UOC Formazione alla Struttura Complessa "Qualità e Sicurezza"; 2) Accorpamento della UOSD "Sistemi Informatici" come funzione attribuita alla UO Tecnico Patrimoniale ed Ingegneria Clinica; 3) Assegnazione alla UO Acquisizione Beni delle linee di attività inerenti la gestione del verde e dei trasporti; 4) Acquisizione alla Direzione Aziendale delle funzioni inerenti il Controllo di Gestione e articolazione della Direzione stessa attraverso due incarichi professionali; 5) Individuazione delle strutture preposte alle attività inerenti la Piramide della ricerca.	Deliberazioni Dg e CdA entro il 30 aprile 2023.	6	Sito istituzionale.
			B.1.1.2. Assegnazione degli incarichi gestionali e professionali che si renderanno vacanti.	Deliberazioni.		Sito istituzionale
B.1.1.3. Stipula dei contratti integrativi aziendali sia per la dirigenza che per il comparto.	Contratti integrativi dirigenza e comparto stipulati.	Sito istituzionale				
B.1.1.4. Implementazione delle professioni sanitarie/amministrative dirigenziali attraverso lo sviluppo degli incarichi in coerenza con le risorse accantonate.	Deliberazione entro il 30 aprile 2023.	Sito istituzionale				
B. AREA STRATEGICO/ DIREZIONALE			B.1.1.5. Aggiornamento del PIAO attraverso l'adozione di misure organizzative necessarie per lo sviluppo del lavoro agile e digitalizzazione dei processi amministrativi e per settori specifici, in particolare: -Piano Performance -Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza -Piano Fabbisogno delle Risorse umane/Lavoro agile (POLA) -Piano Digitalizzazione -Piano della Formazione -Piano Azioni positive volte alla garanzia delle pari opportunità, la valorizzazione ed il benessere organizzativo.	Redazione del PIAO contenente i 6 Piani previsti. Delibera DG/CdA entro il 31 gennaio 2023.	2	Sito istituzionale e Portale PIAO Funzione Pubblica
			B.1.1.6. Avvio delle azioni per dotare l'Ente di un nuovo sistema di gestione delle prove dei laboratori (SIL).	Definizione aspetti amministrativi entro il 30 aprile 2023.	5	Deliberazione.

B. AREA STRATEGICO/ DIREZIONALE				N. fasi realizzate al 31 dicembre 2023/N. fasi da realizzare rispetto allo specifico GANTT .		Report UOSD Sistemi informatici.
			B.1.1.7. Razionalizzazione dei sistemi di comunicazione interni attraverso la riprogettazione sistema centralino telefonico.	Transizione al nuovo centralino virtuale per tutte le sedi periferiche entro il 30 ottobre 2023.	2	UOSD Sistemi informatici.
	B.2. Politiche delle Risorse Umane.	B.2.1. Sviluppo delle Risorse Umane.	B.2.1.1. Aggiornamento dei Piani Triennali delle Assunzioni Istituzionali e della Piramide della Ricerca.	2 Deliberazioni entro 31 marzo 2023.	2	Sito istituzionale.
	Tot. peso 9			B.2.1.2. Implementazione delle procedure concorsuali previste in applicazione dei Piani triennali delle assunzioni.	N. personale assunto al 31/12/2023/N. personale da assumere.	2
B.2.1.3. Sviluppo di applicativi e strumenti per la dematerializzazione delle attività dell'Ente tra cui: - fascicoli del personale; - piattaforma per il reclutamento del personale; - programma missioni.				Deliberazione entro il 31 dicembre 2023. Fascicoli digitalizzati a regime entro il 31 dicembre 2023. Recupero tutto nel 2023 e messa a regime dei nuovi dati. Piattaforma a regime entro il 31 dicembre 2023. Programma missioni a regime entro il 31 dicembre 2023.	2	Report UO Gestione Risorse Umane e Affari Legali.
B. AREA STRATEGICO/ DIREZIONALE				B.3. Investimenti tecnologici e di edilizia sanitaria.	B.3.1. Investimenti tecnologici e di Edilizia sanitaria.	B.3.1.1. Definizione del piano triennale ed annuale dei lavori. B.3.1.2. Censimento e piano di rinnovo degli impianti per la fornitura di aria condizionata presenti in azienda. B.3.1.3. Interventi volti al risparmio energetico quali la sostituzione e/o riduzione entro l'anno di tutti i punti luce dell'Ente con dispositivi a LED; B.3.1.4. Scelta sulle due opzioni di edificabilità/impianto per la costruzione dei nuovi laboratori di: virologia, BLS3, nuova necroscopia.
	B.3. Investimenti tecnologici e di edilizia sanitaria.	B.3.1. Investimenti tecnologici e di Edilizia sanitaria.	B.3.1.1. Definizione del piano triennale ed annuale dei lavori. B.3.1.2. Censimento e piano di rinnovo degli impianti per la fornitura di aria condizionata presenti in azienda. B.3.1.3. Interventi volti al risparmio energetico quali la sostituzione e/o riduzione entro l'anno di tutti i punti luce dell'Ente con dispositivi a LED; B.3.1.4. Scelta sulle due opzioni di edificabilità/impianto per la costruzione dei nuovi laboratori di: virologia, BLS3, nuova necroscopia.	Documento deliberato. Censimento effettuato al 30 giugno 2023. N. punti luce sostituiti/n. punti luce obsoleti (40% al 30 giugno e 75% al 31.12.2023). Acquisto progetto di massima entro il 28 febbraio 2023. Definizione tra le possibili opzioni con i relativi atti al 31.12.2023.	15	Deliberazione. Report UO Tecnico patrimoniale ed Ingegneria clinica. Report UO Tecnico patrimoniale ed Ingegneria clinica. Deliberazioni. Atto consegna lavori.

			<p>B.3.1.5. Demolizione e ricostruzione dell'Edificio 6 della sede con spostamento di alcune attività lì attualmente svolte, trasferimento in più idonea sede degli uffici usati dal personale dedito al trasporto di campioni.</p> <p>B.3.1.6. Lavori di adeguamento edilizio della Officina Farmaceutica della sezione di Siena e impianti di pannelli fotovoltaici.</p> <p>B.3.1.7. Lavori di adeguamento delle coperture della sede di Latina con sostituzione degli impianti obsoleti, rifacimento della sala necroscopica e dotazione della sede di impianto a pannelli fotovoltaici.</p>	<p>Avvio lavori entro il 30 ottobre 2023.</p> <p>Avvio lavori entro il 31 dicembre 2023.</p> <p>Avvio lavori entro il 31 dicembre 2023.</p>		<p>Atto consegna lavori.</p> <p>Atto consegna lavori.</p>
B. AREA STRATEGICO/ DIREZIONALE	<p>B.4. Definizione/aggiornamento del programma biennale acquisti beni e servizi.</p> <p>Tot. peso 3</p>	<p>B.4.1. Definizione/aggiornamento del programma biennale acquisti beni e servizi.</p>	<p>B.4.1.1. Acquisto di apparecchiature secondo il piano annuale definito nell'ambito della Commissione Acquisti.</p> <p>B.4.1.2. Piano aziendale di ottimizzazione dell'utilizzo dei terreni colturali e delle bottiglie e provette utilizzati dai laboratori riducendo gli scarti causati da scadenza dei prodotti delle singole strutture.</p> <p>B.4.1.3. Estensione a tutte le necroscopie del sistema di video necroscopia già progettato e adottato per le sedi di Roma e Grosseto.</p> <p>B.4.1.4. Studio di fattibilità ed ipotesi volte al miglioramento dei tempi di acquisto dei beni consumabili anche attraverso specifico tutoraggio.</p> <p>B.4.1.5. Stipula del nuovo contratto di manutenzione delle apparecchiature sanitarie in dotazione all'Ente.</p>	<p>N. apparecchiature acquisite/N. apparecchiature programmate nell'anno.</p> <p>Riduzione media del 4% su 2022 per bottiglie/provette. Riduzione media del 10% su 2022 per terreni e bottiglie/provette.</p> <p>N. necroscopie a regime/7</p> <p>Report finale con proposta di modifica della specifica procedura e di adeguati indicatori qualitativi. SI/NO.</p> <p>Stipula contratto al 28 febbraio 2023 (salvo necessarie adeguamenti temporali determinati dalla procedura).</p>	3	<p>Report Commissione Acquisti.</p> <p>Report Programma Gestione Terreni e Reagenti a cura della UOC Microbiologia degli Alimenti.</p> <p>UO Acquisizione Beni e Servizi.</p> <p>UO Acquisizione Beni e Servizi, Ufficio di staff Qualità e Sicurezza.</p> <p>UO Tecnico patrimoniale ed Ingegneria clinica.</p>
C. AREA SANITARIA E DELLA FORMAZIONE	<p>C.1. Miglioramento della gestione e della qualità dei</p>	<p>C.1.1. Miglioramento della gestione e della qualità dei servizi sanitari erogati.</p>	<p>C.1.1.1. Consolidamento della programmazione per obiettivi attraverso l'organizzazione Hub & Spoke sulle 5 linee di lavoro.</p>	<p>Attività effettuate al 31 dicembre 2023 dai singoli H & S/Attività Programmate.</p>		<p>Report Coordinatori H & Spoke.</p>

C. AREA SANITARIA E DELLA FORMAZIONE	servizi sanitari erogati. Tot. peso 14		C.1.1.2. Razionalizzazione delle modalità di trasporto dei campioni tra le sedi e loro tracciabilità.	N. di segnalazioni di trasporti con problemi < 5 con relativa corretta gestione.	14	Report Ufficio di staff Qualità e Sicurezza.
			C.1.1.3. Gestione e sviluppo della App relativa agli avvelenamenti.	N. segnalazioni >100 dal 01 gennaio al 31 dicembre 2023.		Sistema gestionale APP
			C.1.1.4. Valorizzazione dei Centri di Referenza Nazionale anche attraverso l'organizzazione di convegni a valenza internazionale.	Organizzazione di un convegno o di un evento di valenza nazionale/internazionale dai 6 Centri di Referenza Nazionale. (Indice accesso=1). *CRN AIE e Malattie Equine 1 convegno con temi relativi ai due centri.		Report Formazione.
			C.1.1.5. Definizione di almeno 2 azione specifica nell'ambito della innovazione e della zootecnia ecocompatibile anche in collaborazione con Università ed altri Enti di ricerca sulla base di uno studio effettuato nel 2022.	Progetto condiviso per piattaforma insetti (Food e Feeed) presentato al MinSal SI/NO Progetto sensori presentato in ambito internazionale		Report su applicazioni
			C.1.1.6. Supporto alle azioni delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali in tema di Peste Suina Africana, di Listeriosi e di controllo delle zoonosi a carattere vettoriale quali la West Nile, Zika o al Chikungunya e di altre emergenze sanitarie che potranno determinarsi garantendo la reportistica a livello regionale, nazionale ed internazionale.	n.suidi processati per PSA nelle 96 ore/n suidi processati (indice accesso90%). n. campioni processati per malattie vettoriali nelle 96 ore/n. campioni processati. Nota: Eventuali altre emergenze saranno inserite con analogo processo valutativo		Report da Controllo Gestione ed Osservatorio Epidemiologico
			C.1.1.7. Garantire le attività di sequenziamento profondo del genoma virale (NGS-Next Genome Sequencing) per le attività ordinarie e la ricerca delle varianti da Sars CoV2.	n. sequenze effettuate/ n. sequenze programmate. Incide accesso 80%.		Report UOC Diagnostica
		C.1.1.8. Sviluppo, in accordo con gli altri IIZZSS, di azioni specifiche volte alla razionalizzazione delle attività del sistema di rete della chimica analitica.	Costo delle prove condiviso tra gli IIZZSS approvato entro 30 giugno 2023. SI NO Ipotesi di studio con valutazione economica su possibile redistribuzione delle prove tra i vari IIZZSS	Delibera Report consegnato al controllo di gestione.		

C. AREA SANITARIA E DELLA FORMAZIONE	C.2. Sviluppo tecnico e scientifico dell'Ente, politiche di internazionalizzazione e rapporti con il territorio Tot. peso 20		C.1.1.9. Sviluppo delle attività di valutazione dei biocidi e dei fitosanitari anche attraverso il rafforzamento del gruppo di lavoro aziendale.	Acquisizione di almeno 2 contratti di livello nazionale od internazionale		Delibere
		C.2.1. Sviluppo tecnico e scientifico dell'Ente - Ricerca	C.2.1.1. Consolidamento delle performance della ricerca, sia in relazione alla produzione di Impact Factor, che delle attività connesse alla "Piramide della ricerca".	Aumento dell'1% dell'Impact Factor dell'Ente rispetto alla media del triennio 2020-2022.	6	Report Uffici di Staff Ricerca e Innovazione.
			C.2.1.2. Ampliamento delle collaborazioni in tema di progettazione in ambito nazionale ed internazionale anche attraverso la definizione di obiettivi ad hoc per singole strutture e la gestione di progetti nazionali (non RC) od internazionali in essere.	N. Progetti presentati o gestiti dalle strutture/totale progetti assegnati alle strutture. Indice di accesso 50%.		Report UO Ricerca ed Innovazione.
		C.2.2. Politiche di internazionalizzazione	C.2.2.1. Gestione del nuovo Memorandum of Understanding tra il Governo Italiano e la WOAH attraverso la partecipazione ad un progetto in essere e la partecipazione ad un progetto da acquisire nel corso del 2023.	1. Approvazione progetto PPR come capofila. SI/NO. 2. Inserimento come partner (Biobanche e Acquacoltura e Biobanche). SI/NO.	4	Delibere.
C.2.2.2. -Definizione di una Letter of agreement (LoA) tra FAO ed IZSLT, in materia di prevenzione all'origine di alcune malattie epidemiche, buone pratiche in apicoltura e valutazione del rischio in Sanità animale.	N. 2 Agreement approvati al 31/12/2023.		Delibere			
C. AREA SANITARIA E DELLA FORMAZIONE	C.2. Sviluppo tecnico e scientifico dell'Ente, politiche di internazionalizzazione e rapporti con il territorio Tot. peso 20	C.2.3. Rapporti col territorio	C.2.3.1. Interventi regionali specifici a supporto del Piano regionale della prevenzione e del Piano regionale integrato per i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare, il benessere e la sanità degli animali ed il piano per il controllo delle arbovirosi previsti dalle Regioni Lazio e Toscana.	1. N. Piani rendicontati dalla Regione Lazio in tempo Obiettivo LEA/N Piani da rendicontare = 1 2. N/ Piani rendicontati dalla Regione Toscana in tempo Obiettivo LEA/N Piani da rendicontare = 1 3. Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano. (Indice accesso=0,8)	6	1. Report Regionali 2 Report Regionali 3. Report Regionali
			C.2.3.2 Sviluppo di azioni per l'acquacoltura, nell'ambito del dottorato di ricerca istituito e finanziato dall'Ente presso il Dipartimento Rapporti con il di Medicina Veterinaria di Pisa.	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano per l'anno 2023. (Indice accesso=0,7)		Report Direzionale

			C.2.3.3. Riconoscimento da parte della Regione Lazio del Centro Regionale per la Entomologia.	Riconoscimento del Centro entro il 30/05/2023. SI/NO.		Delibera
			C.2.3.4. Partecipazione alla gestione del I° master di II livello in "One Health" in partnership con l'Ateneo pisano e il policlinico di Tor Vergata con il contributo di docenti dell'Ente.	Corso effettuato SI/NO n. docenti IZSLT coinvolti.		Report UNIPI
		C.2.4. Formazione	C.2.4.1. Attuazione del Piano della Formazione per il 2023.	Numero di corsi realizzati/Numero di corsi programmati (indice di accesso 90%) e numero di eventi mese non superiore a 8.	2	Report Formazione
			C.2.4.2. Corso Manageriale per le figure a maggiore impegno gestionale dell'area del Comparto (Corso di management per i collaboratori professionali sanitari esperti DS).	Corso effettuato (SI/NO).	1	Report Formazione.
			C.2.4.3. Corso di formazione in tema di pari opportunità e di contrasto alle discriminazioni.	Corso effettuato (SI/NO).	1	Report Formazione.
D. AREA DEGLI ADEMPIMENTI E INTEGRAZIONE DEI SISTEMI (Qualità/Sicurezza/Anticorruzione e Trasparenza Pari Opportunità e Benessere)	D.1. Adempimenti e integrazione dei sistemi Tot. peso 6	D.1.1. Qualità, sicurezza e Biocontenimento	D.1.1.1. Stesura del riesame della Qualità e valutazione dei rischi come previsto dalla UNI CEI EN ISO IEC 17025 e il Piano della prevenzione Corruzione e Trasparenza.	N. 2 documenti inoltrati al servizio per ogni Struttura (=2).	3	Report Qualità e Sicurezza.
			D.1.1.2. Qualità: Progetto pilota con le Strutture sul punto 6.4 (Dotazioni) e sul punto 7.5 (Registrazioni tecniche) della norma UNI CEI EN ISO IEC 17025 in seguito al riesame effettuato dalla Qualità post verifica Accredia 2022 al fine di: - Gestire il passaggio della documentazione Accredia (relativa alle dotazioni) dalla gestione analogica a quella digitale (DA Online); - Sensibilizzare il personale ad una maggiore attenzione nella gestione delle dotazioni.	N. riunioni effettuate/n. riunioni programmate.		n. verbali riunioni.
			D.1.1.3. Implementazione del DVR secondo il nuovo modello aziendale digitale.	Numero di documenti per Sede (>/=1).		Sistema informativo Qualità.

		D.1.2. Prevenzione della corruzione e trasparenza, Pari Opportunità e Benessere Organizzativo	D.1.2.1. Aggiornamento del Codice di comportamento e del Codice Etico.	Deliberazione e pubblicazione dei codici sul sito dell'Istituto entro il 31/12/2023	1	Sito istituzionale.
			D.1.2.2. Corso di formazione Codice di comportamento e del Codice Etico (FAD) obbligatorio per tutto il personale di tutte le strutture.	Personale formato/personale afferente alla struttura (>0,9).	1	Report Formazione.
			D.1.2.3. Adeguamento del sito alle Linee Guida AGID.	Adeguamento del sito effettuato entro il 31/12/2023(SI/NO).	1	Formazione/Qualità e Sicurezza.
E. AREA OBIETTIVI SPECIFICI DI STRUTTURA	E.1. Obiettivi specifici di struttura Tot. peso 3	E.1.1.1. Obiettivi specifici di struttura	. E.1.1.1. Obiettivi specifici di struttura	E.1.1.1. Obiettivi specifici di struttura	3	Report Aziendale

Ciclo Performance anno 2023
Proposta obiettivi di struttura

Scheda	Struttura	Responsabile	OBIETTIVI DI STRUTTURA	PIANI ATTUATIVI
1	VALUTAZIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI E BIOCIDI	Dr. Ubaldi Alessandro	8	10
2	FORMAZIONE	Dr.ssa Silvana Guzzo	16	18
3	QUALITA' E SICUREZZA	Dr.ssa Silvana Guzzo	13	13
4	RICERCA ED INNOVAZIONE	Dr. Romano Zilli	12	18
5	OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO	Dr.ssa Paola Scaramozzino	17	20
6	SISTEMI INFORMATICI	Dott. Manuel Festuccia	12	14
7	UFFICIO DI SUPPORTO ALLA DIREZIONE AZIENDALE	Dott. Manuel Festuccia	18	20
8	RISORSE UMANE E AFFARI LEGALI	Dott. Paolo Nicita	17	21
9	ECONOMICO-FINANZIARIA	Dott.ssa Federica Nonni	11	11
10	ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	Dott.ssa Silvia Pezzotti	11	11
11	TECNICO-PATRIMONIALE E INGEGNERIA CLINICA	Ing. Erminio Pace	15	21
12	MICROBIOLOGIA DEGLI ALIMENTI	Dr. Stefano Bilei	17	17
13	CHIMICA	Dr. Bruno Neri	16	17
14	RICERCA E CONTROLLO DEGLI ORGANISMI GENETICAMENTE MODIFICATI	Dr. Ugo Marchesi	16	16
15	VIROLOGIA	Dr.ssa Maria Teresa Scicluna	21	24
16	DIAGNOSTICA GENERALE	Dr. Antonio Battisti	25	27
17	SIEROLOGIA	Dr.ssa Manuela Scarpulla	16	17
18	ACCETTAZIONE E SERVIZI INTERDISCIPLINARI	Dr. Goffredo Grifoni	10	11
19	IGIENE DELLE PRODUZIONI E SALUTE ANIMALE	Dr.ssa Marcella Guarducci	19	20
20	LAZIO NORD	Dr. Luigi De Grossi	21	23
21	LAZIO SUD	Dr. Giorgio Saralli	21	23
22	TOSCANA NORD	Dr.ssa Paola Marconi	25	35
23	TOSCANA CENTRO	Dr Giovanni Brajon	21	23
24	TOSCANA SUD	Dr. Dario Deni	22	22

Nel periodo 4 - 20 gennaio si è proceduto alle negoziazioni budget/obiettivi tra la Direzione Aziendale e i Responsabili di struttura. Le relative schede son in corso di perfezionamento.

Gli Stakeholder dell'istituto

Molteplici sono i soggetti portatori di interesse o *stakeholders* che hanno correlazioni di diversa natura con l'Istituto. Da quelli che detengono un rapporto diretto quali, ad es.: clienti, fornitori, personale dell'Istituto, cittadini, organizzazioni sindacali, a tutti gli attori le cui azioni possono direttamente o indirettamente influenzare le scelte attuate o da porre in essere (collettività, Pubblica Amministrazione centrale e periferica, Istituzioni pubbliche, Società private, Enti e Organismi Internazionali, ecc.).

Di seguito un elenco esplicativo, ma non esaustivo di tali soggetti:

ORGANISMI INTERNAZIONALI	OIE OMS FAO UE
ORGANISMI NAZIONALI	MINISTERO DELLA SALUTE ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZA MINISTERO PER LA RICERCA SCIENTIFICA MINISTERO PER LE POLITICHE AGRICOLE ALTRI MINISTERI ENTI DI RICERCA FACOLTA' DI MEDICINA VETERINARIA ED ALTRE FACOLTA'
ENTI TERRITORIALI	REGIONE LAZIO REGIONE TOSCANA ASL ALTRI ENTI LOCALI TERRITORIALI
ALTRI UTENTI	CITTADINI ASSOCIAZIONE ALLEVATORI E/O PRODUTTORI ZOOTECNICI PRODUTTORI PRIMARI TRASFORMATORI SINGOLI ED ASSOCIATI ASSOCIAZIONI DI CONSUMATORI ASSOCIAZIONI ANIMALISTE E AMBIENTALISTE FORNITORI ORGANIZZAZIONI SINDACALI CONSULENTI DIPENDENTI DELL'ENTE

**PIANO
DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E DELLA TRASPARENZA**

INTRODUZIONE

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) e la Trasparenza rappresenta la sottosezione prevista all'Art. 3 della Sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione al punto c) Rischi corruttivi e trasparenza come previsto dal DECRETO 30 giugno 2022, n. 132 Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione (GU n. 209 del 7-9-2022). Tiene conto del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 nella quale si mette in evidenza come la prevenzione della corruzione e la trasparenza è dimensione come valore pubblico.

Esso è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente e si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Istituto e si pone in stretta correlazione, dal 2014, con il Piano della Performance adottato ai sensi del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e con il Sistema di Gestione integrato dell'Istituto; infatti nel piano della performance sono contenuti anche gli obiettivi legati anche alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Inoltre tale piano è interconnesso al Sistema di Gestione Integrato dell'Istituto.

L'Istituto adotta lo stesso sistema di gestire per i processi legati alla:

- sicurezza in base al D. Lgs. 81/2008 e ss. mm. ii.
- accreditamento delle prove secondo la UNI CEI EN ISO/IEC 17025: “Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura”;
- certificazione della formazione secondo la ISO 9001 e la ISO 21009: 2018;
- prevenzione della corruzione e trasparenza secondo la normativa vigente.

La UNI CEI EN ISO IEC 17025:2018 “Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura” riporta indicazioni sulle azioni che si possono adottare per minimizzare il rischio corruttivo. I principi su cui si basa la UNI CEI EN ISO IEC 17025:2018 sono l'analisi del rischio, l'imparzialità e la riservatezza, che sono alla base anche del presente Piano.

Nei Piani della Performance 2017, 2018 e 2019 era previsto fra gli obiettivi lo “Sviluppo di un progetto di integrazione tra i sistemi anticorruzione/trasparenza e sistema qualità”, attuando, di fatto, il fondamentale raccordo fra il sistema di trasparenza ed anticorruzione ed il sistema di controlli interni (Controllo di gestione, Struttura Tecnica Permanente, OIV, verifiche ispettive interne).

Tale integrazione si è concretizzata a fine 2018 con la Delibera n. 5 del 19 novembre 2018 del CDA che approva la Deliberazione n. 606 del 12 novembre 2018 con oggetto: “Regolamento per l'Organizzazione dei Servizi dell'Istituto – proposta al CDA di modificazione concernente la qualificazione della U.O. Qualità e provvedimenti conseguenti”, in cui di fatto le attività di Qualità/Sicurezza/Biosicurezza si integrano con le attività di Anticorruzione e Trasparenza.

Sono documenti collegati al presente Piano:

- il sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- il codice etico e di comportamento dei dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M. Aleandri;
- il patto di integrità che interessa tutti gli operatori economici che concorrono alle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture ed eseguono contratti in qualità di soggetto appaltatore o concessionario e che è richiamato nei bandi di gara e negli inviti;
- la procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità “whistleblowing policy”;

- tutti i documenti del sistema di gestione tra i quali la mappatura dei processi con la valutazione del rischio e il riesame del sistema di gestione;
- tutte le disposizioni, i provvedimenti interni, gli atti, le procedure e i regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti di attività esposti a rischio

Il presente Piano è approvato attraverso un coinvolgimento attivo della Direzione aziendale, che ne visiona in anticipo la bozza. Esso contiene obiettivi strategici condivisi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

È aggiornato ogni qual volta intervengano mutamenti significativi nell'organizzazione dell'Istituto oppure intervengano modifiche normative; è inoltre aggiornato, con cadenza annuale. Esso entra in vigore dalla data di approvazione della delibera che lo adotta.

La bozza del piano viene condivisa con gli stakeholder. Le parti interessate sono rappresentate da tutti coloro che direttamente o indirettamente sono influenzati o influenzano la vita dell'Istituto.

Quando la bozza del piano è pronta, è resa disponibile agli stakeholder attraverso il sito istituzionale predisponendo apposito avviso e mettendo a disposizione un modulo per l'invio delle osservazioni e suggerimenti al RCPT.

Il presente Piano si applica a tutti i dipendenti e collaboratori dell'IZSLT; i responsabili di centro di responsabilità sono tenuti a notificare il presente Piano ai rispettivi dipendenti e collaboratori.

1. LA VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO E DEL CONTESTO INTERNO

Nella seguente tabella sono indicate le parti interessate in funzione del contesto interno e del contesto esterno dell'Istituto.

PARTI INTERESSATE (STAKEHOLDER)			
CONTESTO	CATEGORIA	SOTTOCATEGORIA	ASPETTATIVE
Esterno	Istituzioni, enti, clienti	Agenzia delle entrate Corte dei conti Anac Banche e istituti finanziari Assicurazioni Ministero della Salute Regione Lazio Regione Toscana Dipartimenti sanitari ASL Altri enti locali e territoriali INAIL Facoltà di medicina veterinaria ed altre facoltà Enti di ricerca nazionali ed internazionali Uffici periferici del Ministero della Salute Ministero delle Politiche Agricole Ministero della Ricerca Scientifica Altri Ministeri Autorità di pubblica sicurezza Associazioni allevatori e/o produttori zootecnici Trasformatori singoli e associati	Rispetto della normativa vigente e della carta dei servizi Soddisfacimento delle esigenze rilevate

		Altri Istituti Zooprofilattici Sperimentali Enti, associazioni, aziende singole e associate, organizzazioni pubbliche e private che operano nel settore della Sanità Associazioni animaliste ed ambientaliste Associazioni dei consumatori Regioni, Province, Comuni e Comunità Montane Camere di Commercio Unione Europea Altri Ministeri Paesi terzi Cittadini Liberi professionisti	
Esterno	Fornitori	Fornitori di beni e servizi	Rispetto della normativa vigente Puntualità dei pagamenti Snellezza amministrativa Interfaccia semplice con la struttura
Interno	Organizzazione dell'Istituto	Collegio dei revisori dei conti, Consiglio di amministrazione, OIV, Direzione aziendale, dipendenti, collaboratori	Rispetto della normativa vigente Benessere lavorativo
Interno	Soci	Soci	

1.1 Contesto esterno

La valutazione di impatto del contesto esterno serve ad evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Istituto opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Il contesto esterno dipende dalle caratteristiche del territorio o settore di riferimento e dalle relazioni con gli stakeholder.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M. Aleandri è un ente sanitario dotato di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica.

Esso opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, come strumento tecnico-scientifico dello Stato, della Regione Lazio e della Regione Toscana e appartiene alla rete degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (II.ZZ.SS.).



Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (I.I.ZZ.SS.) operano di concerto con il Ministero della salute e a stretto contatto con i servizi veterinari regionali e delle Asl e assicurano al Servizio Sanitario Nazionale attività di diagnostica di campo e di laboratorio, di sorveglianza epidemiologica, di ricerca e formazione nelle aree della sanità e del benessere animale, delle zoonosi, malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, e della sicurezza alimentare, nel rispetto degli standard di qualità e di prevenzione stabiliti dall'Unione Europea.

I fattori esterni che influenzano l'andamento delle attività dell'Istituto sono elencati nella tabella sotto riportata:

VOCI	FATTORI ESTERNI
Quadro normativo	Es. Normativa internazionale, nazionale e comunitaria
Prodotto/mercato	Es. Presenza di requisiti cogenti, presenza di competitors, riconoscimento del brand e delle aspettative del cliente
Fattori ambientali	Es. Condizioni ambientali, disponibilità e costo delle materie prime ed energia Emergenze
Fattori economici e politici	Es. Presenza di competitors e le loro politiche commerciali, solvibilità clienti, termini di pagamento fornitori, rischio valuta, stabilità politica Strategie politiche ed economiche
Risorse umane	Es. Legale, ambito cogente Relazioni contrattuali con i clienti e con i fornitori, relazioni e aspettative delle parti interessate, rapporti con gli enti regolatori, relazioni sindacali, associazioni di categoria
Infrastrutture	Es. Trasporto beni e persone

	Scientifico- tecnologico
Fattori culturali e sociali	Culturali e Sociali Fattori che influenzano il contesto lavorativo Rapporti con la collettività e riscontri

Di seguito si analizzano alcuni ambiti ritenendoli interessanti per l'Istituto:

1) l'emergenza Covid-19 come fattore emergente di corruzione in Italia

L'emergenza Covid-19 ha richiesto estremi sforzi alle strutture del Sistema Sanitario Nazionale con procedure in alcuni casi accelerate.

Gli appalti, i contratti pubblici, l'approvvigionamento nei sistemi sanitari è una delle attività più colpite dalla corruzione. Con la necessità di nuove forniture di dispositivi medici, DPI ed apparecchiature il sistema è esposto a una serie di nuovi rischi, legati alla riduzione dei tempi, alla concentrazione di poteri decisionali, ecc... Procedure contrattuali aperte e rese trasparenti (attraverso il sito istituzionale), il whistleblowing e la presenza di un sistema di gestione sono in grado di mitigare il rischio di corruzione.

La gestione e la distribuzione di materiali e dispositivi clinici di protezione, in tempi normali, non sono particolarmente a rischio di corruzione. In questo periodo di emergenza il consumo di beni come mascherine, occhiali protettivi e gel disinfettante è aumentato incredibilmente così come il rischio di appropriazioni indebite o occasioni per trarne profitto. La presenza di procedure del sistema integrato, la presenza di un magazzino centralizzato ove stoccare e poi da dove distribuire il materiale, nonché le forniture garantite dalla Protezione Civile, minimizzano il rischio di corruzione.

Con l'opportunità del lavoro agile, i dipendenti statali potrebbero approfittare per fare poco o nulla, diminuendo il rendimento nell'ambito lavorativo. Infatti, mentre prima della pandemia bisognava comunque attestare una presenza con il badge in ufficio, oggi sono attuati metodi alternativi per giustificare l'orario di lavoro. Sono state però attivate misure per mitigare il rischio: l'elaborazione di un regolamento/procedura per le modalità di gestione del lavoro agile, la verifica periodica del lavoro effettivamente svolto dal dipendente, la programmazione dell'attività lavorativa fondata su una maggior responsabilizzazione dei dipendenti che consenta la definizione degli obiettivi e dei risultati da raggiungere; la formazione in remoto dei dipendenti: infatti con l'emergenza Covid-19 le abitudini dei lavoratori sono cambiate anche in termini di formazione.

2) Demografia e società

La letteratura evidenzia una propensione minore da parte delle donne a essere coinvolte in fenomeni corruttivi. Sembra esistere, quindi, una relazione negativa tra il genere femminile e la corruzione (Transparency International 2016, Breen et al. 2017). In Istituto la percentuale di donne è superiore a quella dei maschi.

Una relazione positiva viene evidenziata tra età e corruzione (all'aumento dell'età aumenta anche la propensione al coinvolgimento in pratiche corruttive) (Torgler e Valev 2006), mentre all'aumento del livello di educazione si ipotizza corrispondere una diminuzione del livello di corruzione di un determinato territorio (Hakhverdian e Mayne 2012).

Di seguito si riportano i dati demografici delle due regioni su cui insiste l'Istituto:

LAZIO

Maschi	Femmine	totali
2.760.867	2.954.323	5.715.190

TOSCANA

Maschi	Femmine	totali
1.780.969	1.895.316	3.676.285

fonte: <http://dati.istat.it>

3) Criminalità

L'alto tasso di criminalità di un determinato territorio è indicatore di un'alta propensione a delinquere da parte dei cittadini che può portare ad una generalizzata accettazione di comportamenti devianti e non conformi alle norme.

Nella predisposizione del presente piano e delle misure da adottare in relazione al contesto esterno, si è tenuto conto:

- del rapporto Ecomafia 2021 di Legambiente. I lockdown del 2020 hanno fatto scendere tutti i tipi di reati ma non quelli ambientali. Crescono soprattutto gli illeciti contro animali e gli incendi. Il Lazio osservato speciale, supera la Calabria e arriva ai livelli delle regioni con presenza mafiosa più consolidata. Per i reati ambientali in cima alla lista si conferma la Campania (5.457 reati ambientali, il 15,7% del totale nazionale), seguita da Sicilia (4.245, 12,2%) e Puglia (3.734, 10,7%). Tutte regioni con una presenza mafiosa consolidata. Ma irrompe al 4° posto il Lazio che con 3.082 ecoreati (8,8%) supera la Calabria (2.826, 8,1%).
- della relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (Relazione Semestrale della DIA II semestre 2021). L'analisi sui fenomeni delittuosi condotta sulla base delle evidenze investigative, giudiziarie e di prevenzione conferma ancora una volta che il modello ispiratore delle diverse organizzazioni criminali di tipo mafioso appare sempre meno legato a eclatanti manifestazioni di violenza ed è, invece, rivolto verso l'infiltrazione economico-finanziaria. Particolare attenzione è stata posta sulle procedure di affidamento ed esecuzione degli appalti riguardanti le opere pubbliche.
- Rapporto Annuale ISTAT 2022. Da tale rapporto evidenzia che dopo una crescita record nel 2021 (+6,6%), a inizio anno il Pil dell'Italia è tornato sui livelli di fine 2019, anche se con progressi non uniformi tra i settori. Dalla seconda metà dello scorso anno lo scenario internazionale si è gradualmente deteriorato per effetto di strozzature dal lato dell'offerta e di consistenti spinte inflazionistiche, esacerbate dall'invasione russa dell'Ucraina. Quest'ultima ha anche peggiorato le attese, così come il cambio di intonazione della politica monetaria. Coerentemente, le prospettive di crescita mondiali per il 2022 e il 2023 sono peggiorate e quelle per l'Italia, pur restando positive, sono in decelerazione. L'inflazione a giugno ha raggiunto l'8,0% per l'indice NIC, ai massimi da gennaio 1986, sospinta dai rincari delle materie prime, in particolare del gas naturale, il cui prezzo è aumentato di circa sei volte. Guardando al futuro, la sfida della transizione ecologica – alla quale il PNRR dedica circa 85 miliardi di euro di investimenti – è particolarmente rilevante per il nostro Paese, che dipende dall'estero per oltre tre quarti dell'approvvigionamento energetico, principalmente di petrolio e gas naturale. Nell'ultimo decennio risparmi importanti sono stati conseguiti nei consumi dell'industria, molto minori quelli delle famiglie mentre sono rimasti stabili i consumi del terziario. Di rilevanza strategica per sostenere lo sviluppo è anche la modernizzazione delle amministrazioni pubbliche, che dispongono di un organico ridotto e invecchiato: oggi l'età media dei dipendenti è di quasi 50 anni rispetto ai 42 circa nel settore privato. Oltre che nella semplificazione delle procedure amministrative, la sfida è rivolta allo sviluppo del capitale umano e al pieno sfruttamento delle tecnologie digitali per l'offerta di servizi. In questa prospettiva sono incoraggianti le esperienze dell'ultimo biennio. Le istituzioni pubbliche

hanno rinforzato le assunzioni e la formazione e continuano a erogare servizi nonostante la maggior parte del personale operasse da remoto, ed è cresciuto l'utilizzo delle piattaforme digitali pubbliche da parte di cittadini e imprese.

- d) Relazione annuale dell'Autorità Nazionale Anticorruzione sull'attività svolta nel 2021. Aula dei Gruppi Parlamentari - Camera dei Deputati - 23 giugno 2022. In tale relazione tra i temi affrontati ci sono la lotta alla corruzione attraverso le tecnologie informatiche, i controlli digitali preventivi e l'incrocio dei dati; la necessità di maggiore semplificazione e trasparenza nella Pubblica amministrazione; la richiesta di efficienza negli acquisti pubblici in Italia riducendo e qualificando le stazioni appaltanti.
- e) dell'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International. In un anno l'Italia ha scalato dieci posizioni nella classifica di Transparency International: secondo i dati dell'Indice della percezione della corruzione 2021 diffusi il 25 gennaio 2022 siamo al 42° posto su una classifica di 180 paesi. L'anno precedente l'Italia occupava il 52° posto. L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Lo fa basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti": il punteggio dell'Italia nel 2021 è 56, ben tre punti in più rispetto al 2020. L'andamento è positivo dal 2012: in dieci anni abbiamo guadagnato 14 punti (<https://www.anticorruzione.it>).

1.2 Contesto interno

La valutazione di impatto del contesto interno serve ad evidenziare se lo scopo dell'Istituto e la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo.

- a) Il contesto interno dipende dalla Struttura Organizzativa.

L'Istituto è un Ente sanitario di Diritto Pubblico. La Ragione sociale (Sede Legale) è la seguente:

Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M. Aleandri

Part. IVA: 00887091007

Cod. Fisc.: 00422420588 Codice univoco: UFJCBG

Via Appia Nuova, 1411

00178 Roma (Capannelle)

E-mail: info@izslt.it |

<http://www.izslt.it>

Tel. +3906790991

Fax. +390679340724

Posta certificata: izslt@legalmail.it

Le prove vengono eseguite presso le seguenti Sedi:

- Sede Centrale di Roma Via Appia Nuova, 1411 00178 Roma
- Sede di Firenze - Via di Castelpulci, 43 50018 Scandicci (FI)
- Sede di Grosseto - Viale Europa, 30 58100 Grosseto (GR)
- Sede di Pisa Strada Statale dell'Abetone e del Brennero, 4 56123 Pisa (PI)
- Sede di Arezzo Via Ugucione della Faggiuola, 14 52100 Arezzo (AR)
- Sede di Rieti Via Tancia, 21 02100 Rieti (RI)
- Sede di Siena Viale Pietro Toselli, 12 53100 Siena (SI)
- Sede di Latina Strada Congiunte Destre snc Località Chiesuola 04100 Latina (LT)
- Sede di Viterbo Strada Terme 4/A 01100 Viterbo (VT)
- Laboratorio presso il Centro Carni di Roma Viale Palmiro Togliatti, 1280 00155 Roma (RM)
- Laboratorio di Tor Vergata Viale Montpellier, 1 Edificio H 00133 Roma (RM)

Alla Sede di Latina è collegato il punto di Accettazione di Frosinone, sito in Viale Mazzini 102 presso i locali della ex sede del reparto di Anatomia Patologica del Vecchio Ospedale.

La struttura organizzativa, i compiti e le funzioni della Direzione aziendale e delle altre figure di responsabilità rispecchiano la Deliberazione n. 281 del 29 luglio 2020 riguardante il “Regolamento per l'Ordinamento Interno dei Servizi dell'Istituto” - testo coordinato con le successive modifiche ed integrazioni e ss.mm.ii.

Gli organi dell'Istituto sono:

DIRETTORE GENERALE:

Coadiuvano il Direttore Generale:

DIRETTORE SANITARIO:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO:

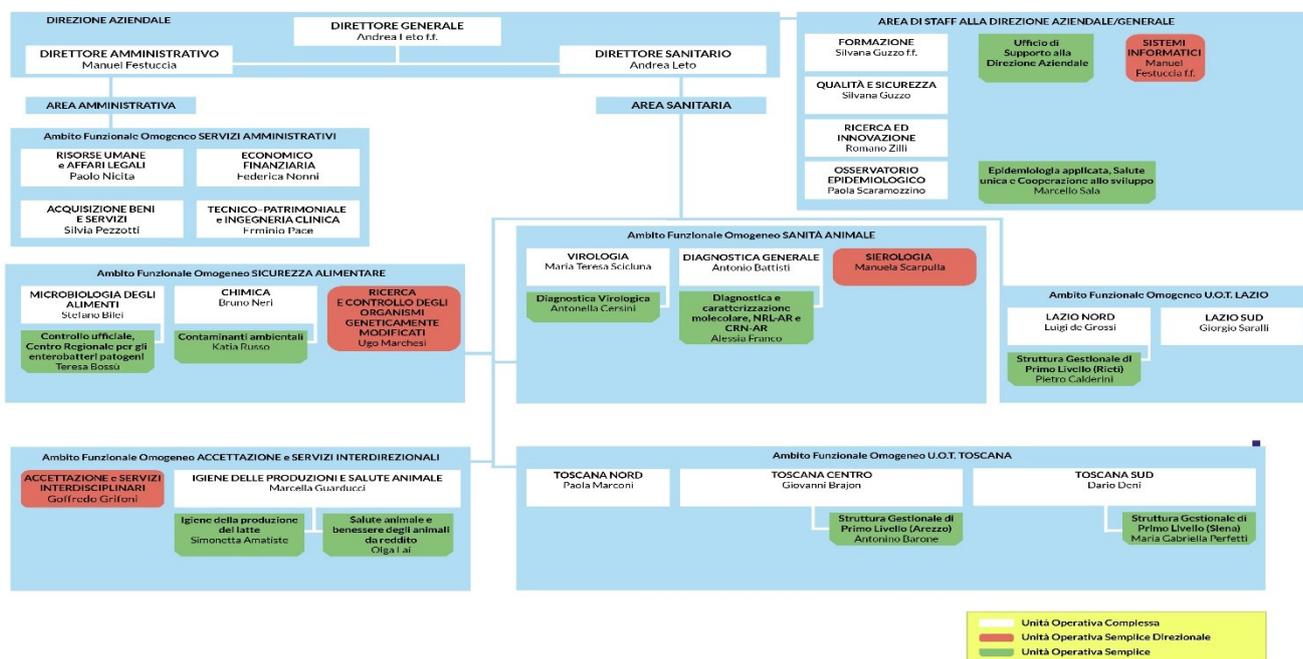
Consiglio di Amministrazione

Collegio dei Revisori dei conti

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Istituto è organizzato in Unità Operative Territoriali (UOT), Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici a valenza Direzionale (UOSD) all'interno della quale sono incardinati i vari livelli gerarchici.

L'Organigramma è di seguito riportato:



Come nel Servizio sanitario nazionale, così anche nel nostro Istituto le risorse umane rappresentano il capitale primario: molteplici i profili professionali coinvolti ed alto è il livello di specializzazione. Si rappresenta di seguito la distribuzione del personale per sede di lavoro:

Sede di lavoro	Numero personale
AUSL	
FROSINONE	3
AUSL LATINA	1
AUSL	
VITERBO	1
MINISTERO	25
REG. LAZIO	1
ROMA	356
Sezione	
AREZZO	9
Sezione	
FIRENZE	29
Sezione	
GROSSETO	22
Sezione LATINA	25
Sezione PISA	24
Sezione RIETI	7
Sezione SIENA	14
Sezione	
VITERBO	18
Totale complessivo	535

Si rappresenta di seguito la numerosità per tipologia di qualifica:

Qualifica	Numerosità
Ass. Tecnico	17
Ass.Amm.	43
Ausiliario	2
Borsista Senior	25
Coad.Coord.	1
Coadiutore	30
Coll. Sanit. Senior	20
Coll.Amm.	20
Collab.prof.ricerca	23
Collab.Prof.Sanit.	147
Collab.tecn.-profess	18
Collaboratori	38
DIR.AMM.VO	5
DIR.PROF./TECNICO	5
DIR.VETER.	65
Direttore Amm.vo	1
Direttore Sanitario	1
Qualifica AA	
TIROCINANTE	3
Qualifica J BORSISTA	21
Qualifica S DIR.	
SANITARIO	25

Ricercatore sanitar.	9
Tecnico di laboratorio	14
(vuoto)	2
Totale complessivo	535

Fonte banca dati UOC Risorse Umane e Affari Legali (*a settembre 2022)

b) Campi di attività

L'istituto opera nei seguenti campi di attività:

1. batteriologia degli alimenti destinati all'alimentazione umana ed animale;
2. chimica degli alimenti destinati all'alimentazione umana ed animale;
3. igiene del latte;
4. sierologia;
5. virologia;
6. batteriologia;
7. anatomo-patologia;
8. isto-patologia;
9. parassitologia ed entomologia
10. biologia molecolare ed immunobiochimica;
11. produzione biofarmacologica;
12. tossicologia;
13. ricerca radionuclidi;
14. ricerca residui su alimenti, secreti ed escreti animali;
15. prove chimico-cliniche;
16. ricerca applicata e sperimentale;
17. formazione;
18. ogni altra attività prevista dal Decreto Legislativo 30 giugno 1993 n. 270 e ss .mm. ii.

c) Bilancio economico

Con le Deliberazioni n° 203 del 15/04/2022 e n° 170 del 28/03/2022 sono stati definite le proposte di bilancio preventivo economico annuale per l'esercizio 2022 e di bilancio pluriennale di previsione 2022-2024.

d) Dotazioni

L'Istituto è dotato delle apparecchiature necessarie per consentire di ottenere l'accuratezza e/o l'incertezza di misura richieste per fornire risultati validi per le prove oggetto della sua attività; esso, inoltre, è dotato di campioni di riferimento per la taratura delle apparecchiature.

Generalmente, le apparecchiature ed i campioni di riferimento sono di proprietà dell'Istituto. Nei rarissimi casi in cui le apparecchiature utilizzate per prove accreditate non sono di proprietà dell'Istituto, esse sono cedute in utilizzo esclusivo al laboratorio, che ha piena disponibilità dell'apparecchiatura e della relativa documentazione.

In Istituto è stata predisposta una procedura al fine di gestire i beni mobili inventariabili in maniera univoca, dalla programmazione degli acquisti, all'alienazione e allo smaltimento. La procedura si applica ai cespiti e descrive responsabilità e modalità operative per:

- l'acquisto dei beni inventariabili tramite iter documentati, attuati nel rispetto delle normative vigenti;

- il collaudo delle apparecchiature sanitarie;
- la verifica di conformità per i cespiti diversi dalle apparecchiature sanitarie;
- la gestione del registro dei cespiti dell'Istituto;
- la gestione delle apparecchiature in visione;
- la cessione, l'alienazione e lo smaltimento dei cespiti.

Tutte le informazioni relative alle apparecchiature sanitarie/attrezzature critiche, compreso l'elenco, sono rintracciabili all'interno del programma "Cespiti" (SICeS).

e) Accreditamento e certificazione

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M. Aleandri ha organizzato la gestione di molte delle proprie attività istituzionali secondo i principi della qualità, accreditandosi secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura". È accreditato da ACCREDIA (Ente Unico nazionale di accreditamento designato dal governo italiano) dal 1998; ACCREDIA è un Ente Terzo che attesta la garanzia d'imparzialità e competenza tecnica dei laboratori ad eseguire specifiche prove o determinati tipi di prova nella conformità della normativa di riferimento.

La Direzione considera la Qualità una vera e propria strategia competitiva e parte della missione aziendale, inserendola come uno degli obiettivi principali da perseguire.

Sul sito <http://www.izslt.it> sono disponibili gli elenchi delle prove accreditate suddivisi per sede e sezioni. In un'area del sito è possibile visionare le Banche Dati dei nostri Laboratori accreditati da ACCREDIA.

Le prove eseguite in regime di autocontrollo in base alla Legge Regione Toscana n. 9 del 9 marzo 2006 e al D.G.R n. 366 del 2 settembre 2011 della Regione Lazio non sono affidate a laboratori terzi. La Struttura Formazione è certificata secondo la ISO 9001 e la ISO 21009. L'ambito di certificazione è "Progettazione ed erogazione di attività formative ed informative specialistiche e manageriali negli ambiti della sanità e del benessere animale e della sicurezza alimentare".

- f) Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e nella gestione del rischio, specificazione dei loro compiti e le responsabilità di ognuno

Le figure coinvolte nell'implementazione del Piano sono:

- **il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo:** che designa il responsabile della prevenzione della corruzione ed il responsabile della trasparenza e adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- **il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e il suo sostituto:** che coordina tutte le attività legate alla prevenzione della corruzione e trasparenza, redige il presente documento, controlla il coordinamento del documento con il Ciclo della performance, cura il processo di gestione del rischio. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dr.ssa Silvana Guzzo, è coadiuvato dalla dr.ssa Alessandra Tardiola per la gestione dell'area dell'amministrazione trasparente. Il sostituto del RCPT è la dr.ssa Alessandra Di Egidio.
- **tutti i dirigenti per l'area di competenza, i quali:**
 - svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16, Decreto legislativo 30 marzo

2002, n. 165);

- 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 e 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.

- **Ufficio di Disciplina**

- L'Ufficio di Disciplina svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria. Collabora inoltre con il responsabile della prevenzione della corruzione all'aggiornamento del Codice di comportamento.

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

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

- **collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto**

Le disposizioni del presente Piano trovano applicazione anche nei confronti di tutti gli altri soggetti che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l'Istituto. Essi osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le eventuali situazioni di illecito.

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

- che rappresentano il collegamento tra il responsabile della prevenzione della corruzione e l'ambiente interno dell'Istituto. Sono, pertanto, portatori di proposte, supporto alle strutture e/o aree di competenza, esperti della realtà in cui si svolge l'attività dell'istituto

La Direzione Aziendale ha nominato Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza con Deliberazione del Direttore Generale n. 271 del 21 maggio 2018. A supporto sono definite le seguenti responsabilità:

- una figura di supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la parte della Trasparenza con il compito di monitorare periodicamente l'aggiornamento degli obblighi a pubblicare da parte dei responsabili in conformità a quanto riportato in Amministrazione Trasparente segnalando tempestivamente al RPCT le criticità riscontrate;
- una figura di supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per la parte della Prevenzione della Corruzione con il compito di monitorare periodicamente le aree a rischio Generale individuate nel Piano Nazionale Anticorruzione e successivi aggiornamenti;
- il responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato della compilazione e dell'aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) individuato con Delibera n. 203 del 28 aprile 2016;
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti:
 - incarichi di collaborazione;
 - concorsi e selezioni;
 - consulenti
 - borse di studio e collaborazioni;
 - dati relativi al personale e curriculum vitae dei dirigenti in formato europeo.
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti a:
 - i provvedimenti degli organi di indirizzo politico e di gestione e i provvedimenti dei dirigenti;
 - le norme regolamentari inerenti le modalità di formazione dei procedimenti amministrativi;
 - articolazione degli uffici;
 - enti controllati.
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti a:
 - bandi di gara e contratti di acquisizione di beni e servizi;
 - bilanci;
 - pagamenti all'amministrazione;
 - performance.
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti a:
 - bandi di gara e contratti per la realizzazione di opere di manutenzione ordinaria e straordinaria;
 - notizie sui beni immobili e gestione del patrimonio;
 - opere pubbliche;
 - enti controllati.
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti a:
 - incarichi docenze.
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti a:
 - progetti di ricerca.
- il responsabile per la trasmissione e pubblicazione dei dati inerenti a:
 - tariffario, carta dei servizi e tempi di risposta.

Per ciascuna UOC/UOSD è individuato un referente della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Si riportano di seguito le competenze delle figure principali coinvolte:

A. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA (RPCT)

Il RPCT in Istituto:

- predisporre e propone il PTPCT alla Direzione Aziendale;
- verifica l'attuazione del PTPCT, attraverso anche le verifiche ispettive interne, e propone eventuali modifiche (ad esempio in seguito a modifiche organizzative o il verificarsi di fenomeni corruttivi tali da mettere in discussione la mappatura e la misurazione del rischio già effettuata);
- vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
- è il punto di riferimento fondamentale interno all'istituto per la Legge 6 novembre 2012, n. 190;
- in funzione del D. Lgs. 97/2016 assume anche la funzione di Responsabile della Trasparenza; nel predisporre il PTPCT, il RPCT deve, quindi, occuparsi anche della programmazione delle attività necessarie a garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza elaborando una apposita sezione del Piano. Spetta, inoltre, al RPCT il compito di svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente assicurando anche che sia rispettata la "qualità" dei dati. A ciò consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, alla Direzione Aziendale, ad ANAC o all'Ufficio di disciplina;
- ha l'obbligo di segnalare alla Direzione Aziendale e all'OIV le disfunzioni relative all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione;
- redige la Relazione annuale per la Direzione Aziendale;
- verifica l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- si relaziona con l'OIV fornendo le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza;
- trasmette all'OIV la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta in merito all'attività di verifica sulla trasparenza;
- si relaziona con il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), figura introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679, in caso di accesso civico generalizzato;
- è tenuto a registrarsi e accreditarsi direttamente nell'apposita piattaforma dell'ANAC a disposizione sul sito internet di ANAC (dal 1 luglio 2019), secondo quanto indicato nella sezione Servizi - registrazione e profilazione utenti del sito internet di ANAC;
- è tenuto a collaborare con l'ANAC in caso di comunicazione di avvio del procedimento di vigilanza. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile per l'avvio del procedimento. In questa fase, il RPCT è tenuto a collaborare attivamente con l'Autorità e a fornire le informazioni e i documenti richiesti in tempi brevi, possibilmente corredati da una relazione quanto più esaustiva possibile, utile ad ANAC per svolgere la propria attività. Il RPCT è uno dei soggetti cui ANAC comunica l'avvio del procedimento con la contestazione delle presunte violazioni degli adempimenti di pubblicazione dell'amministrazione interessata. Tale comunicazione può anche essere preceduta da una richiesta di informazioni e di esibizione di documenti, indirizzata al medesimo RPCT, utile ad ANAC per valutare l'avvio del procedimento. Il RPCT è tenuto a riscontrare la richiesta di ANAC nei tempi previsti dal richiamato Regolamento, fornendo innanzitutto notizie sul risultato dell'attività di controllo svolta sulla corretta attuazione, da parte dell'amministrazione, degli obblighi di pubblicazione;
- è destinatario delle segnalazioni in relazione a eventuali fenomeni di corruzione;
- segnalare alla Direzione Aziendale e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice", finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati prevista normativamente. Sussistendone i presupposti, entro il termine

di trenta giorni, avrà cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale. Il RPCT segnala all'ufficio di disciplina, alla Direzione Aziendale e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione; con riferimento all'accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta. La decisione deve intervenire, con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Laddove l'accesso generalizzato sia stato negato o differito per motivi attinenti la protezione dei dati personali, il RPCT provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

- gestisce le segnalazioni, secondo la Legge 30 novembre 2017, n. 179 che ha modificato l'art. 54-bis del D. Lgs. 165/2001 «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti» c.d. whistleblower. Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria in base al co. 6 dell'art. 54-bis. Sui poteri del RPCT con riferimento alle segnalazioni di whistleblowing, l'ANAC sta predisponendo apposite Linee guida;
- vigila sul rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- sollecita, in materia di Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e contrasto al riciclaggio al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'AUSA, l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati;
- propone la predisposizione dei corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'incarico di RPCT si configura come "aggiuntivo" rispetto ad altri incarichi. Dall'espletamento dell'incarico di RPCT non può derivare l'attribuzione di alcun compenso aggiuntivo, fatto salvo il solo riconoscimento, laddove sia configurabile, di eventuali retribuzioni di risultato legate all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi di performance predeterminati.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del Piano di Prevenzione della Corruzione (PTPC) è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

La Direzione Aziendale:

- assicura che il RPCT possa esercitare il proprio ruolo con autonomia, indipendenza, imparzialità ed effettività, al riparo da possibili ritorsioni;
- valuta che il RPCT abbia una condotta integerrima, sia in sede di nomina sia per la permanenza in carica;
- assicura un supporto operativo al RPCT, avvalendosi anche di altre strutture;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

I Responsabili UOC e UOSD sono tenuti a collaborare con il RPCT sia in sede di mappatura dei processi, sia in fase di stesura del PTPCT. Essi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Il RPCT dell'Istituto è socio dell'Associazione Italiana per l'Integrità della Salute (AIIS). L'associazione è apartitica, non ha scopo di lucro e svolge attività di promozione e utilità sociale. I temi di cui si occupa l'associazione sono quelli legati alla prevenzione della corruzione, della trasparenza, dei sistemi di controllo interni, dell'internal auditing, della gestione del rischio integrata all'interno del sistema della salute.

Fermo restando la concentrazione in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, delle iniziative di responsabilità per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione della corruzione nell'ambito dell'Istituto, per garantire che lo stesso sia il destinatario di un flusso informativo costante, i Responsabili dei Centri di responsabilità e i referenti concorrono a svolgere il ruolo di impulso per l'esecuzione dei compiti affidati dalla legge al Responsabile.

Gli obblighi di informazione nei confronti del RPCT sono assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del D. Lgs. n. 165/2001 che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti, forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume pertanto un ruolo fondamentale la tempestiva e completa trasmissione al RPCT di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

A tal fine, i Responsabili dei Centri di responsabilità e i referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza, devono curare la tempestiva trasmissione al RPCT di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui ad esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o operante presso l'Istituto per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e relativi provvedimento di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali;
- richieste di chiarimenti e rilievi della Corte dei Conti;
- segnalazioni da parte dei dipendenti, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni /denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'Istituto nei confronti del personale dipendente o comunque operante presso l'Istituto;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro, definitivi o pendenti, in cui l'Istituto sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Istituto;
- verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi da parte della Struttura Gestione Risorse Umane e Affari legali;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento;
- segnalazioni da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato.

B. REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali si è ritenuto necessario assicurare l'apporto di un gruppo di lavoro che affianchi il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, operando in stretto collegamento, soprattutto per l'applicazione del Piano e il suo continuo aggiornamento ed integrazione.

Tutto ciò considerato anche, come previsto dall'art. 1, co. 7, della L. 190/2012, che la Direzione Aziendale ha voluto assicurare al RPCT poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, disponendo anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie.

A tal fine, su indicazione dei Responsabili di Struttura Complessa in Istituto, nel 2014, sono stati nominati i referenti del gruppo di lavoro di prevenzione della corruzione.

Il ruolo di tali referenti è fondamentale per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT. Infatti, fermo restando il regime delle responsabilità in capo al RPCT, essi possono svolgere una costante attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sull'attuazione delle misure.

I referenti hanno compiti di coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione-informazione, tra il Responsabile della prevenzione e le varie strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo.

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

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

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

1.3 Valutazione di impatto del contesto interno ed esterno

Nel 2020, 2021 e 2022 l'Istituto, in quanto Ente del Sistema Sanitario Nazionale, è stato coinvolto nella gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 entrando a far parte, dal 30/03/2020 della rete regionale dei laboratori autorizzati all'esecuzione dei tamponi molecolari e, dal mese di agosto 2020, con l'attivazione del Drive in, nella diagnostica molecolare e nella diagnostica antigenica collaborando con il personale medico ed infermieristico fornito dal sistema regionale.

A maggio 2022 alla luce del nuovo quadro epidemiologico e della ampia e radicata offerta diagnostica presente sul territorio regionale tali attività sono state sospese.

Per il 2022 è prevista la continuazione dell'attività di riorganizzazione dei servizi dell'Ente.

Nell'ambito della riorganizzazione dei servizi entro il 31/12/2022 sono previsti i seguenti obiettivi:

- Attuazione dell'anonimato dei campioni in sicurezza alimentare ed avvio in sanità animale
- Assestamento delle prove specifiche in autocontrollo: definizione ed attuazione del Piano: supporto alla UOT Toscana Nord

Nell'ambito del contesto interno la Direzione Aziendale è attenta affinché sia il cambio al vertice del Direttore Generale (sostituito dal Direttore Sanitario), sia i collocamenti a riposo del personale che le mobilità non influenzino sull'integrità del sistema di gestione integrato.

Presso l'Istituto opera personale altamente qualificato e, poiché esiste un sistema di gestione integrato, conosce compiti e responsabilità che ne limita fenomeni corruttivi.

2. MAPPATURA DEI PROCESSI, IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

La mappatura dei processi serve per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

La mappatura dei processi è riportata nell'allegato 3, è stata fatta integrando le principali aree dei rischi riportate nei documenti ANAC con i processi legati all'applicazione della UNI CEI EN ISO IEC 17025: 2018 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura" tenendo conto che Istituto è prioritariamente un "Laboratorio di prova".

La metodologia per la verifica e il monitoraggio del rischio è descritta nella procedura gestionale PG QUA 010 "Linea guida per la stesura del riesame della qualità e la gestione dei rischi e delle opportunità".

L'analisi dei rischi e delle opportunità è essere mirata a:

Imparzialità¹;

Competenza²;

Funzionamento coerente³

e ad evitare che ci sia, nei processi individuati, eventuale perdita di integrità, perdita di riservatezza e/o che nei processi legati alle prove ci sia il rischio di inficiare le prove.

3. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Uno dei fattori chiave per il trattamento del rischio è svolgere tutte le attività con lealtà, correttezza, trasparenza, onestà e integrità, nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e delle linee guida di riferimento in materia di responsabilità sociale privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa.

La presente politica si applica a tutti i dipendenti e collaboratori dell'Istituto. Per favorire il raggiungimento degli obiettivi di tale politica la Direzione si impegna a non generare incertezza organizzativa, etica e nelle relazioni, attraverso:

- una chiara definizione dei propri processi;
- una univoca identificazione dei ruoli e delle funzioni;
- un trasparente sistema di deleghe;
- un lineare sistema di regole, valori, procedure e prassi suggerite dall'esperienza, per favorire il processo decisionale all'interno dell'organizzazione;
- un capillare sistema di approvvigionamento di beni e servizi che escluda fornitori e forniture fraudolente attraverso azioni di monitoraggio periodico per la loro qualificazione;
- un adeguato sistema di controlli interni rivolto al comportamento di tutti i propri dipendenti;
- un adeguato sistema di controlli esterni rivolto ai processi di tutti i fornitori e collaboratori.

1 Imparzialità: presenza di obiettività (UNI CEI EN ISO IEC 17025:2018 punto 3.1). Agire con obiettività vuol dire che i conflitti di interesse sono risolti in modo da non influenzare negativamente le attività di laboratorio. Gli elementi che concorrono a sostenere comportamenti imparziali sono: indipendenza, mancanza di pregiudizi, neutralità, equità, parità, etc..

2 Competenza: capacità di applicare conoscenze e abilità per conseguire i risultati attesi (ISO 9000 - 3.10.4).

3 Funzionamento coerente: la coerenza del funzionamento di un laboratorio di prova è da ricercare nell'adeguatezza delle politiche definite ed attuate con riferimento al soddisfacimento delle esigenze ed alle aspettative dei propri clienti.

Di fatto tale politica individua e agisce al fine di prevenire comportamenti rischiosi quali:

- mancanza/carenza di regole che governano il processo
- legislazione insufficiente
- eccessiva discrezionalità
- troppe regole che governano il processo in modo non chiaro
- assenza/carenza di efficienti meccanismi di controllo
- monopolio delle conoscenze e delle competenze (concentramento in pochi soggetti)
- carenza di competenze
- monopolio di potere
- mancanza di trasparenza
- mancanza di controllo civico (sistemi di segnalazione interni ed esterni)
- confidenza del contesto
- mancanza di sistemi informatici (informatizzazione del procedimento)
- scarsa deterrenza sanzionatoria rispetto a regole etiche/morali
- mancanza di collegialità delle azioni/scelte
- complessità del processo
- basso livello di standardizzazione di criteri e procedure
- conflitto di interessi
- valore economico
- interessi personali
- scarsa responsabilizzazione
- carente definizione dei ruoli

Il trattamento del rischio è effettuato attraverso misure generali e misure specifiche.

Le misure specifiche variano di anno in anno e sono riportate nei documenti redatti da ciascun responsabile di struttura.

Di seguito si riportano le misure generali per il trattamento del rischio.

ATTESTAZIONE DI CONOSCENZA E RESPONSABILITÀ

Nel Sistema di gestione integrato è previsto che ciascun dipendente firmi un apposito modulo "Attestazione di conoscenza e responsabilità" che soddisfa anche la norma UNI CEI EN ISO IEC 17025 (requisito della norma al punto 4.1 Imparzialità; 4.2 Riservatezza). Con tale attestazione i dipendenti dichiarano:

- di aver preso visione dell'Elenco del personale di struttura e di conoscere le responsabilità e i compiti che all'interno di tali documenti sono stati loro attribuiti;
- di tenere conto del rispetto dell'imparzialità e alla tutela della riservatezza delle informazioni e al rispetto del contenuto della seguente documentazione:
 - a. Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza in vigore
 - b. Codice disciplinare della categoria di appartenenza (Dirigenza o comparto)
 - c. Codice di comportamento aziendale
- di tenere conto della normativa sulla protezione dei dati (alla sezione PRIVACY del sito www.izslt.it);
- di tenere conto che è vietato al personale di comunicare, a qualsiasi scopo ed a qualsiasi persona, informazioni o dati tecnici e statistici raccolti ed elaborati dall'Istituto, informazioni relative ai clienti (compresi eventuali reclami), ecc...;

- di tenere conto che documentazione del sistema di gestione Qualità e Sicurezza è pubblicata sul sito intranet dell'istituto a cui a può accedere solo il personale attraverso una password riservata.

FORMAZIONE

L'Istituto in questi ultimi anni ha utilizzato in modo particolare lo strumento della formazione al fine di contrastare il fenomeno della corruzione. A tal fine ha predisposto un corso di formazione on line per tutti i dipendenti in tema di anticorruzione.

Nel 2018 è stato acquistato un corso di formazione di base on-line "Piano Formativo Anticorruzione 2017-2018" per tutto il personale dell'Istituto. La partecipazione a tale corso rientrava negli obiettivi di struttura per il 2018.

Si è data l'opportunità, nel 2019, di completare tale formazione a chi non aveva potuto usufruirne nel 2018. Il corso base si articolava in:

- cinque moduli video con persona slide e docente che spiega;
- una durata complessiva di circa 2 ore;
- un esame finale, il cui superamento è propedeutico all'ottenimento dell'attestato finale. Il test finale veniva messo a disposizione solo dopo la frequenza dell'intero corso.

La seconda sezione – Formazione specialistica facoltativa – ha invece l'obiettivo di approfondire alcune tematiche affrontate nel corso base.

Il Piano formativo per il 2020 ha previsto (Deliberazione n. 11 del 10 gennaio 2020 con oggetto "Piano Formativo dell'IZS Lazio e Toscana anni 2020-2021") un corso di aggiornamento per i referenti (a cui hanno partecipato anche altre figure) suddiviso in tre edizioni (I Edizione 16 settembre 2020, II Edizione 23 settembre 2020, III Edizione 30 settembre 2020).

Per il 2022 (Deliberazione n. 2 del 07/01/2022: Piano Formativo dell'IZS Lazio e Toscana anno 2022) è stata prevista la formazione obbligatoria per tutto il personale nell'ambito del:

- Piano formativo anticorruzione;
- Il Nuovo Regolamento Europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali

Per i referenti della prevenzione della corruzione e trasparenza è stata prevista la formazione per Piano formativo anticorruzione - Specialistica

Nel 2021 e nel 2022 è stata effettuata la giornata sulla trasparenza.

I nuovi assunti durante l'addestramento nell'ambito delle attività della struttura Qualità e Sicurezza vengono informati anche sul sistema di gestione integrato e sulle attività correlate alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Per il 2023 è prevista la formazione sul codice etico e sul codice di comportamento.

COMUNICAZIONE

La Direzione Aziendale assicura che in Istituto siano messi in atto idonei processi di comunicazione/informazione finalizzati a garantire consapevolezza, motivazione e coinvolgimento del personale. Attraverso attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo il Sistema Integrato si ottiene l'efficacia della comunicazione e si incoraggia il ritorno di informazioni del personale come mezzo per il suo coinvolgimento nel perseguimento degli obiettivi della qualità.

Le modalità di comunicazione/informazione comprendono:

- comunicazioni e riunioni a cura della direzione e/o responsabili;
- mezzi audiovisivi ed elettronici, come la posta elettronica, siti web, piattaforme per videoconferenze (il processo di comunicazione attraverso il sito web è descritta nella PG FOD 007: Gestione dei contenuti del portale internet dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana M. Aleandri);
- istituzione di gruppi di lavoro;
- notiziari e periodici aziendali;
- discussione del Ciclo della Performance del Direttore Generale con i responsabili di struttura complessa;

- condivisione del Ciclo della Performance dei responsabili di struttura complessa con il personale della propria struttura;
- riesame del Sistema di gestione integrato.

INFORMAZIONI DOCUMENTATE

I documenti principali di riferimento utilizzati per l'implementazione del sistema di gestione sono i documenti di registrazione e documenti di definizione. I documenti di definizione sono i seguenti:

- il presente Piano;
- Procedure Gestionali (PG);
- Istruzioni;
- Deliberazioni e Determine;
- Altro.

I documenti di registrazione sono i seguenti:

- modulistica per la mappatura dei processi e la valutazione dei rischi;
- schede di addestramento e attestati di formazione;
- altro.

Tutti i documenti del sistema di gestione integrato sono gestiti come previsto nella PG QUA 005: Gestione dei documenti (creazione, aggiornamento, controllo delle informazioni documentate).

IL WHISTLEBLOWING

Il Piano nazionale anticorruzione (PNA), approvato con Delibera CIVIT n. 72/2013, al paragrafo 3.1.11 prevede che le amministrazioni siano tenute ad adottare i necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni di cui all'art. 54-bis del Decreto legislativo 30 marzo 2002, n. 165.

La disciplina è stata integrata dal D.L. 24 giugno 2014, n. 90 ("Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"), convertito nella Legge 11 agosto 2014, n. 114, nel quale si precisa che l'ANAC è chiamata a gestire, oltre alle segnalazioni provenienti dai propri dipendenti per fatti illeciti avvenuti all'interno della propria struttura, anche le segnalazioni che i dipendenti di altre amministrazioni possono indirizzarle ai sensi dell'art. 54 bis del Decreto legislativo 30 marzo 2002, n. 165.

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

In data 30 novembre 2017 è stata approvata la Legge n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Nel corso dell'anno 2018 è stata attivata una casella di posta elettronica whistleblowing@izslt.it a cui mandare le segnalazioni. Ad oggi a tale casella di posta, a cui accede il RPCT, non sono pervenute segnalazioni. È stata redatta apposita istruzione: IL QUA 004: Whistleblowing.

Tale istruzione è stata revisionata a seguito della Delibera ANAC 469/2021 di approvazione delle Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità.

LA CARTA DEI SERVIZI E L'ASCOLTO AL CLIENTE

Sul sito dell'Istituto è disponibile la carta dei servizi on-line che è un patto tra l'Istituto Zooprofilattico del Lazio e Toscana M. Aleandri ed i cittadini/utenti. È un documento di impegno con il quale l'ente assume una serie di obblighi nei confronti dei propri utenti riguardo i servizi che intende erogare, le modalità e gli standard qualitativi e quantitativi offerti, al fine di monitorare e migliorare la qualità del servizio.

La carta dei servizi, redatta in forma digitale in modo che ogni cliente possa avere le informazioni sempre aggiornate, in tempo reale, scaricandole direttamente dal sito internet www.izslt.it, è organizzata nei seguenti capitoli:

Presentazione dell'Istituto

- La Mission
- Le Sedi
- L'Organizzazione
- I Contatti
- Il Codice Etico
- Il Sistema Qualità
- La Formazione
- La Biblioteca
- La Ricerca
- Centri di Referenza Nazionali
- Altri Centri Specialistici

Prove di laboratorio

- Prove accreditate
- Modalità di prelievo, conservazione e conferimento dei campioni
- Modulistica
- Tempi di risposta
- Tariffe
- Vaccini stabulogeni

Tutela dei Cittadini

- Tutela, verifica e trasparenza
- Soddisfazione del cliente e reclami
- Accesso Civico

Sul sito intranet dell'Istituto è inoltre presente la seguente area: "Ascoltiamo il cliente"; in tale sezione è possibile segnalare eventuali reclami, complimenti o semplicemente il grado di soddisfazione dei servizi erogati dall'Istituto.

Le attività sopra riportate sono descritte in apposite procedure gestionali del sistema integrato che di seguito si elencano:

- PG QUA 020: Soddisfazione del cliente. La procedura descrive responsabilità e modalità operative per misurare il livello di soddisfazione del cliente finalizzate a individuare eventuali carenze e spunti di miglioramento e si applica alla gestione delle attività finalizzate ad un monitoraggio attivo della valutazione del grado di qualità percepita. La norma di riferimento è la UNI 11098: 2003 Linea guida per la rilevazione della soddisfazione del cliente e per la misurazione degli indicatori del relativo processo;

- PG QUA 009: Ascolto del cliente: reclami, suggerimenti, complimenti. La procedura descrive responsabilità e modalità operative di raccolta dei reclami, suggerimenti e complimenti allo scopo di offrire un servizio al cliente in linea con le proprie aspettative, rilevare e rispondere a situazioni disagio o insoddisfazione espressa dal cliente, migliorare la soddisfazione del cliente dando seguito alla voce dei clienti per fidelizzarli ed avviare azioni di miglioramento. La norma di riferimento è la ISO 10002: 2018 “Quality management — Customer satisfaction — Guidelines for complaints handling in organizations”.

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSE

Ogni anno i dirigenti (a tempo indeterminato e determinato) compilano/aggiornano, sul sito dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), la modulistica per dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario.

Tale attività dal 1 gennaio 2021 è sospesa. L’applicativo per la compilazione della dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario è accessibile per la sola consultazione delle dichiarazioni inserite nelle annualità precedenti.

PRESENZA IN SERVIZIO, GESTIONE DELLE MISSIONI

La gestione delle presenze è assicurata da un sistema informatizzato; attraverso tale programma i Responsabili di Struttura possono visualizzare le presenze dei propri collaboratori. La Direzione attuale tiene particolarmente alla gestione di tale attività come si evince anche dalla comunicazione con prot. 0007300/17 del 6 settembre 2017.

Per quanto riguarda le missioni, nel 2017 è stata pubblicata la Deliberazione n. 436 del 19 settembre 2017 “Approvazione del “Regolamento del trattamento di missione del personale dipendente a tempo indeterminato ed assimilato dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana – M. Aleandri”.

Tale Deliberazione è stata trasmessa ai Responsabili e a tutto il personale con comunicazione con prot. 0008886/17; inoltre è stata recepita, con la relativa modulistica, come procedura del Sistema di Gestione.

CODICE DI COMPORTAMENTO, CODICE DISCIPLINARE E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

Nell’area dell’amministrazione trasparente è possibile reperire la seguente documentazione:

- il Codice disciplinare
- il Codice di comportamento aziendale.

Presso l’Istituto è presente un Ufficio di Disciplina nominato con Delibera n. 423/2017 e ss.mm.ii. Si rammenta che l’art. 8 del D.P.R. 62/2013 stabilisce il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. La violazione da parte dei dipendenti dell’amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (Legge 190/2012, art. 1, co. 14). I dirigenti hanno l’obbligo di avviare i procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti ai sensi all’art. 55-sexies, co. 3, del D. Lgs. 165/2013.

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT è fonte di responsabilità disciplinare (L 190/2012, art. 1, co. 14). Tale previsione è confermata all’art. 1, co. 44 della L. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all’attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare.

Il RCPT indica alla Direzione Aziendale, ai dirigenti preposti e all’Ufficio di Disciplina i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

Nell'Allegato 2 della Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 è riportato che sono suggerite, in combinazione o in alternativa alla rotazione, misure quali quella della articolazione delle competenze (c.d. "segregazione delle funzioni") con cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi a: a) svolgimento di istruttorie e accertamenti; b) adozione di decisioni; c) attuazione delle decisioni prese; d) effettuazione delle verifiche.

Tale prerogativa è attuata in Istituto, ancor più nell'ambito di un sistema di gestione integrato, tenendo conto dei vincoli alla rotazione:

a) Vincoli soggettivi.

L'Istituto adotta misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali e alle norme riguardanti il permesso di assistere un familiare con disabilità (Legge 5 febbraio 1992 n. 1042) e il congedo parentale (D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 1513). Il processo di riorganizzazione in atto tiene conto di tali spostamenti ed è stata condiviso preventivamente con le Organizzazioni sindacali.

b) Vincoli oggettivi.

La rotazione è correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Come evidenziato da ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa. Inoltre si tiene conto della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento (es. laureato in Giurisprudenza, Architettura, ecc.); infatti, in alcuni casi, è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo (es. Biologo, Veterinario, ecc). Si tiene comunque conto delle categorie professionali omogenee qualora non si possa invocare il concetto di infungibilità e soprattutto, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Per evitare di rendere alcune figure infungibili l'Istituto predispone un apposito piano formativo molto variegato, con corsi trasversali e accessibili a più categorie professionali.

Infatti la formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Inoltre, attraverso la documentazione del sistema di gestione integrato, è previsto l'addestramento (con relativo affiancamento) e il mantenimento della qualifica del personale di tutte le strutture. Per ultimo si cerca di rendere le informazioni il più possibili documentate (come prevede la UNI CEI EN ISO IEC 17025) e all'interno del circuito della documentazione del sistema integrato. Laddove non è possibile la rotazione si rafforzano le misure di trasparenza, una migliore definizione dei ruoli ed eventualmente una frammentazione del processo con la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso dal dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale.

Nel 2018 sono state adottate misure per minimizzare i rischi nell'ambito dell'attribuzione degli incarichi, nelle nomine e nei concorsi. Inoltre tra la fine del 2018 e l'inizio del 2019 è iniziato il nuovo

piano di riorganizzazione aziendale che prevede dei cambiamenti all'interno della struttura dell'Istituto. Parte delle funzioni dirigenziali apicali sono state messe a concorso mentre alcune, dopo valutazione positiva da parte dei Collegi Tecnici, sono state riconfermate. I Responsabili UOC e UOSD, a fine 2019, hanno firmato tutti apposito contratto individuale della durata di 5 anni, al termine del quale potrà essere prevista l'eventuale rotazione funzionale. Ogni Responsabile annualmente è verificato attraverso il ciclo della performance. Di fatto nell'ultimo biennio si sta effettuando in Istituto un turnover generazionale per le posizioni apicali che supera il principio della rotazione.

La rotazione è favorita anche dalla mobilità interna, nelle commissioni di gara e nelle commissioni esaminatrici in ambito concorsuale, negli stessi uffici con rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità.

Ogni anno ciascun responsabile di Centro di Responsabilità revisiona l'Elenco del Personale al fine anche di effettuare apposita rotazione in caso di attività a rischio.

Il RCPT monitora e verifica l'attuazione delle rotazioni e il loro coordinamento con le misure di formazione.

Nella relazione annuale il RPCT espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate.

DICHIARAZIONI SULLA INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI, CONFLITTO DI INTERESSE

Per i consulenti esterni, nell'area amministrazione trasparente nella sezione "Consulenti e collaboratori" è presente il relativo elenco in forma tabellare. Tale documento è aggiornato annualmente e presso le relative strutture è presente sia il curriculum che la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse.

I dirigenti dell'Istituto aggiornano (sul sito intranet dell'Istituto) le dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi con cadenza annuale e si impegnano a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate.

La dichiarazione deve essere acquisita preventivamente prima dell'eventuale incarico e pubblicata contestualmente al conferimento dell'incarico.

Tutti i dipendenti per incarichi esterni⁴, devono richiedere l'autorizzazione ai sensi dell'art. 53 D. Lgs 165/2001 comma 6 lettera d) e della Legge 190/2012, ai fini del conferimento del relativo incarico. L'elenco degli incarichi conferiti e autorizzati sono pubblicati nell'area amministrazione trasparente annualmente.

ANTIRICICLAGGIO

⁴ Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali (oggetto di preventiva autorizzazione o di sola comunicazione) conferiti da altri enti privati o pubblici, può realizzare situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Gli eventuali incarichi istituzionali, le docenze, le consulenze esterne, la partecipazione a commissioni di gara e di concorso, la partecipazione ad associazioni esterne che operano in ambito sanitario e ogni altro rapporto con l'esterno sono verificati al fine di individuare situazioni, potenziali o reali, di conflitto di interessi. Ciò anche al fine di garantire il rispetto dei principi di esclusività del dipendente pubblico ed il buon andamento della pubblica amministrazione nonché di garantire la verifica dell'insussistenza di incompatibilità organizzativa e la vigilanza sul divieto di cumulo degli impieghi.

È presente in Istituto il responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato della compilazione e dell'aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).
Le regole sull'antiriciclaggio sono previste nella modulistica per la dichiarazione sostitutiva attestante il possesso dei requisiti per l'iscrizione all'elenco dei fornitori (dichiarazione a corredo della documentazione di gara).

ENTI CONTROLLATI

L'Ente non detiene partecipazioni in soggetti di forma giuridica non societaria (es. fondazioni, consorzi, aziende speciali, ecc.) e informazioni relative ai propri rappresentanti in organi di governo di società ed enti, partecipati o meno (Delibera 121/22: Revisione periodica delle partecipazioni pubbliche dell'Istituto ai sensi dell'art. 20 del Decreto Legislativo 19 agosto 2016, n. 175, e censimento delle partecipazioni e dei rappresentanti in organi di governo di società ed enti al 31 dicembre 2020, ai sensi dell'art. 17 del Decreto-Legge 24 giugno 2014, n. 90)

LE ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL SERVIZIO (PANTOUFLAGE O REVOLVING DOORS)

La Legge n. 190/2012 ha aggiunto all'articolo 53 del D. Lgs. n. 165/2001, un nuovo comma 16 ter, con cui è stato disciplinato il pantouflage o revolving doors, consistente in un caso particolare di conflitto di interessi che viene in evidenza non durante il periodo di servizio ma successivamente ad esso, in relazione alla formazione di particolari situazioni di vantaggio costruite dal dipendente a scopo di arricchimento personale.

Stabilisce la norma: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 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 (...)".

La norma vuole quindi ostacolare la pre-costituzione, durante il periodo di servizio, da parte dei dipendenti pubblici, di situazioni di vantaggio personale consistenti nella possibilità di influenzare, mediante l'esercizio anomalo di un potere negoziale, rapporti patrimoniali a beneficio di soggetti privati dai quali potrebbero ottenere, in cambio, un lavoro ovvero un'altra utilità dopo la cessazione dal servizio.

Se potenzialmente la norma si indirizza a tutti i dipendenti dell'Istituto, destinatari privilegiati sono indubbiamente i dirigenti, nonché tutti i funzionari, che, nei diversi ruoli svolti nell'Ente, assumono direttamente la responsabilità di provvedimenti e che, comunque, con i loro atti, sono in grado di intervenire influenzando in modo determinante la conclusione dei procedimenti di competenza dei propri uffici.

Per la violazione delle disposizioni previste dal novellato articolo 53, trovano applicazione le disposizioni di cui al comma 8, ultimo periodo: "i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal comma 16 ter, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati".

L'ANAC, a seguito della richiesta di un parere sull'applicazione del suddetto principio anche a quei casi in cui il dipendente pur non avendo concretamente ed effettivamente esercitato poteri autoritativi o negoziali (nel senso sopra descritto) ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto, ha approvato il seguente orientamento: "Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. n. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi o negoziali per conto della P.A., ma anche ai dipendenti che, pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri, sono tuttavia competenti ad elaborare atti

endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente”. Al fine di dare esecuzione alla norma, nella dichiarazione a corredo della documentazione di gara, l’Istituto ha previsto di introdurre costantemente la seguente dichiarazione da parte delle ditte: *ll) ai sensi dell’art. 53, c. 16 ter del D. Lgs. n. 165/01 e ss. mm. ii. come introdotto dall’art. 1 della L. 190/2012, di non aver assunto alle proprie dipendenze personale già dipendente della stazione appaltante che abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stazione appaltante medesima nei tre anni antecedenti la data di pubblicazione della gara.*

COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA’

Con la deliberazione n. 229 del 15/06/2021 (e ss.mm.ii.) è stato istituito il comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG). Il CUG (<https://www.izslt.it/comitato-unico-di-garanzia/>) ha compiti propositivi, consultivi e di verifica; contribuisce all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l’efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

4. MONITORAGGIO E RIESAME

Il presente piano è strettamente interconnesso con gli obiettivi strategici della Direzione Aziendale che sono monitorati almeno due volte l’anno.

Tutti gli obiettivi della Direzione Aziendale sono orientati ai principi di imparzialità e funzionamento coerente.

Di seguito si riporta il cronoprogramma delle attività principali nell’ambito della prevenzione della corruzione e trasparenza:

CRONOPROGRAMMA

Attività	Entro il... (data che può variare in funzione di eventuali direttive ANAC)
Proposta per l’aggiornamento del Piano di prevenzione della corruzione e presentazione all’OIV; divulgazione agli stakeholder e Approvazione, da parte della Direzione Aziendale, del Piano di prevenzione della corruzione	Entro il 31 gennaio di ogni anno (salvo diverse indicazioni da parte di ANAC).
Pubblicazione del Piano di prevenzione della corruzione sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione”. I PTPCT e le loro modifiche devono rimanere pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti	Non oltre un mese dall’adozione
Divulgazione del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza alle articolazioni aziendali (RCPT)	Entro 30 gg dalla sua adozione
Relazione annuale (RCPT)	Entro il 31 gennaio di ogni anno o data diversa comunicata dall’ANAC
Collaborazione con l’OIV per le attestazioni in merito al corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione (Sezione “Amministrazione Trasparente”).	Entro la data disposta dall’ANAC

Tutti i Responsabili di Centro di Responsabilità devono inviare alla Struttura Qualità e Sicurezza per la pubblicazione nell'area intranet dell'Istituto i documenti di registrazione del Sistema di gestione integrato (ex documento organizzativo) aggiornati compresa l'attestazione di conoscenza e responsabilità	Entro il 30 settembre di ogni anno
Piano formativo Aziendale. Obiettivo specifico per 2023. Formazione. Codice etico e codice di comportamento	Entro il 31/12/2023
Redazione del Riesame del sistema di gestione integrato da parte dei tutti i Responsabili di centri di responsabilità in collaborazione con i referenti per la qualità e i referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza e il RPCT. Tale documento comprende anche la mappatura dei processi e la valutazione dei rischi	Annualmente
Strutture indicate nell'Elenco degli obblighi di pubblicazione (Trasparenza): rispetto degli adempimenti e tempi previsti nell'elenco obblighi di pubblicazione	Scadenze diversificate
Tutte le strutture, Ufficio per i procedimenti disciplinari e Risorse Umane e affari Legali: relazione sulle segnalazioni comportamenti, condotte illecite o comunque in violazione del codice di comportamento e disciplinare. Segnalazioni dall'ufficio risorse umane per l'autorizzazione delle attività extra istituzionali e vigilanza sulla inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi.	Ogni volta che si verificano. Resoconto annuale mediante la relazione del RCPT
Tutte le strutture che ricevono ACCESSI AGLI ATTI: comunicazione al RCPT ai fini anche dell'aggiornamento dell'elenco degli accessi agli atti	Ogni volta che si verificano. Resoconto annuale mediante la relazione del RCPT
Aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti da parte del RASA	Entro il 31 gennaio di ciascun anno
Tutti i Dirigenti di tutte strutture con Centri di responsabilità: Dichiarazione pubblica di interessi, in funzione delle indicazioni dell'AGENAS, aggiornamento della relativa modulistica	Dal 1 gennaio 2021 la compilazione delle dichiarazioni è sospesa
Tutti i dirigenti aggiornano (sul sito intranet dell'Istituto) le dichiarazioni sulla insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi con cadenza annuale e si impegnano a comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate; nella stessa area pubblicano il proprio curriculum.	Cadenza annuale
Monitoraggio della gestione del processo del rischio da parte del RCPT attraverso le verifiche ispettive interne come da Programma Annuale delle Verifiche ispettive Interne	Entro il 31 dicembre di ciascun anno

Il monitoraggio viene fatto attraverso:

- le verifiche ispettive interne da parte del RCPT e la verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive (con cadenza annuale) sia nell'ambito della prevenzione della corruzione che nell'ambito della trasparenza;
 - il ciclo delle performance e verifica del raggiungimento degli obiettivi del sistema integrato (annuale);
 - la verifica dell'efficacia della formazione e dell'addestramento del personale;
 - gli input degli stakeholder;

- la relazione annuale del RCPT;
- le verifiche ispettive esterne

Il riesame viene fatto attraverso:

- il riesame annuale del sistema integrato e della valutazione dei rischi da parte dei Responsabili UOC/UOSD; su tali documenti sono riportate le misure specifiche e il relativo monitoraggio

5. TRASPARENZA E ACCESSO CIVICO

TRASPARENZA E ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Sul sito intranet dell'Istituto è presente l'area "Amministrazione trasparente" dove sono pubblicati tutti gli atti previsti nell'allegato 2 "Elenco degli obblighi di pubblicazione". Tale allegato prevede anche i responsabili della elaborazione/aggiornamento dei documenti in forma editabile e della relativa pubblicazione (responsabile della struttura che elabora il documento). Tale elenco è riesaminato contestualmente alla revisione del Piano.

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).

In riferimento alla privacy, il Titolare del Trattamento è Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana 'M. Aleandri' (Istituto), Via Appia Nuova 1411 – 00178 Roma. Il Responsabile della protezione dei dati (Data Protection Office) è il Dr. Fabrizio Corzani.

Con la Delibera n. 623 del 22 novembre 2018 è stato approvato il documento relativo al trattamento dei dati personali ai fini degli "Adempimenti di Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679". Tale documento riporta tutti gli adempimenti in materia di Privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679, l'analisi dei rischi e le misure di prevenzione. L'analisi dei possibili rischi che gravano sui dati è stata effettuata rispetto ai seguenti criteri:

- analisi degli eventi che possono generare rischi di distruzione, di integrità, e riservatezza dei dati;
- analisi dei rischi legati al trattamento dei dati rispetto ai diversi strumenti usati;
- individuazione delle misure per la minimizzazione e prevenzione dei rischi individuati.

Le Stazioni Appaltanti (SA) per adempiere all'obbligo di pubblicazione dei dati in formato aperto, ai sensi dell'art. 1 co. 32 della Legge 190/2012, conforme alle disposizioni di cui alla Deliberazione n. 39 del 2 gennaio 2016, devono:

- Trasmettere all'Autorità, entro il 31 gennaio di ogni anno, solo mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo comunicazioni@pec.anticorruzione.it, un messaggio di PEC attestante l'avvenuto adempimento. Tale messaggio PEC deve riportare obbligatoriamente, nell'apposito modulo PDF (si deve utilizzare esclusivamente la versione del modulo aggiornata al 15 gennaio 2016), il codice fiscale della Stazione Appaltante e l'URL di pubblicazione del file XML per l'anno

in corso. I messaggi PEC ricevuti attraverso canali diversi dalla PEC dedicata comunicazioni@pec.anticorruzione.it, compresi quelli ricevuti attraverso la casella protocollo@pec.anticorruzione.it, non saranno considerati validi ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti dalla norma e non saranno elaborate. Inoltre, si ricorda che l'indirizzo PEC comunicazioni@pec.anticorruzione.it dovrà essere utilizzato esclusivamente per gli adempimenti di cui all'art.1 comma 32 della Legge 190/2012.

- Pubblicare sul proprio sito web istituzionale le informazioni di cui all'articolo 4 della Deliberazione n. 39 del 2 gennaio 2016 secondo la struttura e le modalità definite dall'Autorità (vedi specifiche tecniche aggiornate per la pubblicazione dei dati in file XML).

Da parte di ANAC sono effettuati annualmente tentativi di accesso automatizzato alle URL comunicate dalle Amministrazioni per l'acquisizione dei file XML pubblicati. A riguardo, si consiglia di verificare che tutti i file pubblicati siano accessibili e rispettino le specifiche tecniche definite dall'Autorità. Il dettaglio dell'esito dell'ultimo tentativo di accesso automatizzato alle URL è consultabile attraverso il link presente nel campo 'Identificativo messaggio PEC' oppure 'Esito accesso' della tabella disponibile al seguente link <https://dati.anticorruzione.it/#/1190>.

Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g del D. Lgs. 150/2009) (cfr. Parte III § 4.4. "L'attestazione OIV sulla trasparenza"). Detta attività continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione. Tale attestazione va pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile (salvo diverse disposizioni dell'ANAC).

È stato predisposto un apposito questionario per valutare la sezione "Amministrazione trasparente" dell'Istituto abbinato ad un qr code:



ACCESSO CIVICO

Con il D. Lgs. 97 del 25 maggio 2016 diventa ufficialmente legge dello Stato il Freedom of Information Act (FOIA) che prevede per tutti i cittadini la possibilità di richiedere documenti e atti della Pubblicazione Amministrazione.

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

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

La modulistica e il regolamento per l'accesso civico è disponibile sul sito al seguente indirizzo: <http://www.izslt.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/corruzione/>

All'indirizzo sopra riportato è presente anche il registro degli accessi.