

PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
2022-2024

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

INDICE	2
NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	5
PREMESSE	7
1. STESURA E APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA(PTPCT)	8
2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE	9
3. SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	9
3.1 Il Direttore Generale.....	9
3.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	9
3.3 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	11
3.4 I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza	12
3.5 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).....	12
3.6 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari	13
3.7 Dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM).....	13
3.8 I Collaboratori a qualsiasi titolo dell'IZSUM	13
4. PROCEDURE DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	13
5. IL MODELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO	14
5.1 Analisi del contesto di riferimento	15
5.1.1 Il contesto esterno.....	15
5.1.1.1 Popolazione animale	16
➤ Bovini Marche.....	17
➤ Bovini Umbria	18
➤ Ovini e Caprini Marche	18
➤ Ovini e Caprini Umbria.....	19
➤ Suini Marche.....	20
➤ Suini Umbria	20
➤ Equidi Marche.....	21
➤ Equidi Umbria	22
5.1.1.2 Gli interlocutori o stakeholders.....	22
5.1.1.3 Controllo su Enti di diritto privato	23
5.1.1.4 Società partecipate.....	24
5.1.1.3 Aspetti legati alla sicurezza e legalità nel territorio di riferimento	24

➤ Marche.....	25
➤ Umbria	25
5.1.1.4 Corruzione nella Pubblica Amministrazione.....	26
5.1.2 Il contesto interno	29
5.1.2.1 Mission e attività dell'Istituto.....	30
5.1.2.2 Attività verso terzi	31
5.1.2.1 Assetto organizzativo	31
➤ Statuto dell'Istituto Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"	32
➤ Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"	32
5.1.2.2 Organi ed altri Organismi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"	32
➤ Il Consiglio di Amministrazione (C.d.A.).....	32
➤ Il Direttore Generale.....	32
➤ Il Collegio dei Revisori dei Conti	33
➤ Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).....	33
➤ Ufficio Procedimenti Disciplinari	34
➤ Comitato Strategico.....	34
➤ Comitato Scientifico per la formazione ECM.....	34
➤ Consiglio dei Sanitari	35
5.1.2.3 L'organigramma dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"	36
5.1.2.4 Le UO Complesse e le UO Semplici dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" nel nuovo modello organizzativo	38
➤ Sistema Qualità	41
➤ Sistema di accreditamento Agenas	42
5.1.2.5 Le Risorse Umane dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"	42
5.2 Analisi S.W.O.T.....	44
5.3 Aree a rischio e mappatura dei processi	45
5.4 Valutazione del rischio.....	45
5.5 Il trattamento del rischio e le misure preventive e i controlli da mettere in atto	52
5.6 Monitoraggio, verifica e controllo	52
6. MISURE ORGANIZZATIVE DI CARATTERE GENERALE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	53
6.1 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	53
6.2 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower)	54

6.3 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, in caso di particolari attività o incarichi precedenti – incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	56
6.4 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	58
6.5 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS) ..	58
6.6 Trasparenza	58
6.7 Codice di comportamento aziendale.....	60
6.8 Conflitto di interessi	61
6.9 Formazione	62
7. MISURE SPECIFICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	64
8. RESPONSABILITA' E ALTRE SANZIONI	66
9. COORDINAMENTO TRA IL PTPCT E PERFORMANCE.....	66
11. CALENDARIO DELLA PROGRAMMAZIONE 2022-2024.....	67
12.DISPOSIZIONI FINALI.....	68
13. CONSULTAZIONE PUBBLICA DEL PTPCT 2022-2024	68

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- **D.P.R. n. 445/2000** *“Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”*;
- **D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196** *“Codice in materia di protezione dei dati personali”*;
- **Legge 23 dicembre 1996 n. 662** *“Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”*;
- **D. Lgs.n. 165/2001** recante *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- **D. Lgs 27 ottobre 2009 n.150** *“Attuazione della legge 4.3.2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*;
- **Legge 6 novembre 2012, n. 190 s.m.i.** *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- **DPCM 16 gennaio 2013** *“Linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla legge 6.11.2012, n. 190”*;
- **Circolari n. 1 del 25.01.2013 e n. 2 del 19/07/2013** del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- **D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 33 s.m.i.** *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della pubblica amministrazione”*;
- **D. Lgs.8 aprile 2013, n. 39** *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, comma 49 e 50 della legge 6.11.2012, n. 190”*;
- **D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62** *“Regolamento recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. n. 165/01”*;
- **Delibera CIVIT-ANAC n. 50/2013** *“Linee guida per l’aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”*;
- **Delibera CIVIT-ANAC n. 72 del 11 settembre 2013** *“Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- **Delibera CIVIT-ANAC 75/2013** *“Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni art. 54, comma 5, D.lgs. n. 165/2001”*;
- **D.L. 24 aprile 2014 n. 66** convertito con modificazioni **dalla Legge 23 giugno 2014 n. 89** *“Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale”*;
- **Regolamento, approvato dall’ANAC il 9.9.2014** *“ in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei codici di comportamento”*;
- **DPCM 22.9.2014** *“Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”*;
- **Determinazione n° 12 del 28.10.2015.** *“Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- **D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97** *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto*

legislativo 14 marzo 2013 n. 33 ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

- **Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016** *"Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";*
- **Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016** *"Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili";*
- **Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016** *"Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2 del d.lgs. 33/2013";*
- **Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016** *"Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusioni di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";*
- **Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017** *"Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";*
- **Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018** *"Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";*
- **Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019** *"Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001"*
- **Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019** *"Piano Nazionale Anticorruzione 2019";*
- **Comunicato Presidente ANAC del 9.4.2020** *"Indicazioni in merito all'attuazione delle misure di trasparenza di cui alla legge 6.11.2012, n. 190 e al d.lgs. 14.3.2013, n. 33, nella fase dell'emergenza epidemiologica da Covid19 e all'attività di vigilanza e consultiva dell'ANAC";*
- **D.L. 17.3.2020, n. 18 e s.m.i. convertito in legge 24.4.2020 n. 27** recante *"Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19";*
- **Delibera ANAC n. 1/2022** *"Adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024: differimento del termine al 30 aprile 2022";*

PREMESSE

Il presente documento definisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 nonché un aggiornamento al precedente PTPC 2021-2023 approvato con Delibera del Direttore Generale n. 97 del 31/03/2021.

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) è il documento previsto dall'art. 1 della legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", attraverso il quale le Amministrazioni Pubbliche definiscono e comunicano all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ed al Dipartimento della Funzione Pubblica "la valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indicano gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio" (art. 1, comma 5). Tale legge è stata emanata in attuazione all'art.6 della convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, 31.10.2003, (ratificata dall'Italia con la legge 3.10.2009) e degli artt n. 20 e 21 della Convenzione Penale sulla corruzione adottata a Strasburgo il 27.01.1999.

La predisposizione del PTPCT rappresenta per l'Italia l'occasione per adeguarsi alle migliori prassi internazionali, introducendo strumenti per dare impulso alle politiche di prevenzione del fenomeno corruttivo nella direzione più volte sollecitata dal Groupe d'Etats contro la corruzione (GRECO), in seno al Consiglio d'Europa, dal Working Group on Bribery (WGB) e dall'Implementation Review Group (IRG) per l'implementazione della Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) è lo strumento attraverso il quale vengono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto alla corruzione e si presenta come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale di cui al DPCM 16.1.2013, vengono "via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione".

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

- a) fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle aree a rischio di corruzione, individuando i processi per i quali è più elevato il rischio di corruzione, a partire dalle aree individuate dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) come obbligatorie e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità;
- b) prevedere, per le attività individuate al punto che precede, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, con particolare riferimento alle aree individuate di cui alla lettera a) obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, al quale compete la vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- d) assicurare l'accessibilità ad una serie di dati, notizie ed informazioni concernenti l'Ente;
- e) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- f) consentire forme diffuse di controllo sociale dell'operato, a tutela della legalità, della cultura dell'integrità ed etica pubblica;
- g) attuare gli adempimenti correlati al D.Lgs. n. 39/2013;
- h) garantire una buona gestione delle risorse pubbliche attraverso il "miglioramento continuo" nell'uso delle

stesse e nell'erogazione dei servizi agli utenti.

Il presente Piano è così strutturato:

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

Il presente Piano si applica a tutti i dipendenti e collaboratori dell'IZSUM; i responsabili delle strutture sono tenuti a notificare il presente Piano ai rispettivi dipendenti al momento dell'assunzione in servizio e ai collaboratori a qualsiasi titolo e, successivamente, con cadenza periodica, in occasione degli aggiornamenti o delle modifiche apportate allo stesso.

1. STESURA E APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA(PTPCT)

La stesura del presente Piano è stata realizzata secondo le indicazioni di carattere generale che ottemperano alle prescrizioni della Legge n. 190/2012, tenuto altresì conto delle indicazioni fornite da ANAC attraverso il documento "Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022" approvato dal Consiglio dell'Autorità il 02.02.2022 ed in collaborazione con i referenti e i dirigenti delle strutture organizzative, secondo le rispettive competenze, a seguito di riunioni e incontri formativi in cui è stato presentato il miglioramento della metodologia adottata per la valutazione del rischio. Concluso il procedimento della stesura, il Piano è adottato con deliberazione del Direttore Generale dell'Istituto, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ed è aggiornato annualmente, tenendo conto delle modifiche normative e delle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC.

I PNA sinora approvati dall'ANAC, prevedono che le pubbliche amministrazioni, in occasione dell'aggiornamento del proprio PTPCT, al fine di elaborare un'efficace strategia anticorruzione, realizzino forme di consultazione pubblica. In adempimento a tale previsione normativa, l'IZSUM pubblicherà nella home page del sito web istituzionale la bozza del PTPCT 2022-2024 per una consultazione pubblica al fine di raccogliere contributi e suggerimenti di tutti gli attori del sistema amministrativo. L'obiettivo della consultazione pubblica è quello di consentire la libera e volontaria partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse delle attività e dei servizi resi dall'Ente. I contributi saranno raccolti attraverso una modulistica specifica e l'RPCT terrà conto dell'esito della consultazione in sede di elaborazione finale del PTPCT come contributi migliorativi. L'esito delle consultazioni sarà riportato in apposita sezione del PTPCT definitivo. Il PTPCT adottato viene poi pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente alla voce "Altri contenuti – Corruzione" del sito web istituzionale dell'Istituto.

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

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

3. SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

- Il Direttore Generale
- Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
- I Referenti del RPCT per l'area di rispettiva competenza;
- Tutti i dirigenti tecnici/sanitari per l'area di competenza;
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);
- Tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

E' onere e cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza definire le modalità e i tempi di raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del PTPCT.

In particolare, i referenti e i dirigenti sono coinvolti nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio, di cui ai successivi paragrafi 5-6.

3.1 Il Direttore Generale

Ai sensi della L. n. 190/12 il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico amministrativo dell'Ente:

- a) designa il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- b) adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti su proposta del RPCT (art. 1, comma 8);
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

3.2 Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Ai sensi della L. n. 190/12 il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza:

- elabora la proposta del Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- definisce le procedure appropriate per individuare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione per formarli su temi quali etica, legalità e corruzione;
- verifica l'attuazione del Piano;
- propone la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni e/o

quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

- verifica, d'intesa con i dirigenti competenti, la possibilità di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che vengano commessi reati di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità;
- segnala all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 7);
- entro il 31 Dicembre di ogni anno (salvo proroghe) trasmette all'OIV, al Consiglio di Amministrazione e al Direttore Generale e pubblica sul sito web dell'amministrazione, una relazione recante i risultati dell'attività svolta. Con Comunicato Stampa del 17 novembre 2021, al fine di consentire ai RPCT di svolgere adeguatamente tutte le attività connesse alla predisposizione dei PTPCT, l'ANAC ha ritenuto opportuno differire, al 31 gennaio 2022, il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione della suddetta relazione.

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

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

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

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

Ai sensi dell'art. 15 del DPR 16/4/2013 n. 62, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cura la diffusione della conoscenza dei codici nell'amministrazione anche attraverso l'uso di strumenti quali corsi FAD asincroni, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'art 54, comma 7, del D.Lgs. n. 165/01, la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dal citato art. 15 del DPR 16/4/2013 n. 62, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari opera in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

Con la stessa delibera viene confermata la Dott.ssa Chiara Berretta – Collaboratore Tecnico Prof.le – Cat. D, già incaricata con Disposizione di Servizio del Direttore Generale n. 3 del 14.01.2020 di fornire supporto tecnico alle attività del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in relazione alla professionalità e competenza relativa al livello di inquadramento, secondo le indicazioni e istruzioni dello stesso Responsabile.

3.3 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

Si riportano di seguito i nominativi:

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

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

Ferma restando la concentrazione in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, delle iniziative di responsabilità per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione della corruzione nell'ambito dell'IZSUM, per garantire che lo stesso sia il destinatario di un flusso informativo costante, i Referenti del Responsabile concorrono a svolgere il ruolo di impulso per l'esecuzione dei compiti affidati dalla legge al Responsabile.

Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della

trasparenza 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.

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

3.4 I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza

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

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

3.5 Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

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

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

Delibera dell'ANAC e la pubblicazione sul sito web dell'IZSUM entro il 30 del mese successivo.

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

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

3.6 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

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

3.7 Dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM)

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

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

3.8 I Collaboratori a qualsiasi titolo dell'IZSUM

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

4. PROCEDURE DI RACCORDO E COORDINAMENTO TRA I SOGGETTI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I responsabili di tutte le articolazioni aziendali, anche in qualità di referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, assicurano il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono preposti. Sono altresì tenuti a notificare il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza ai rispettivi dipendenti al momento dell'assunzione in servizio e ai collaboratori a qualsiasi titolo e, successivamente, con cadenza periodica, quando si sia proceduto all'aggiornamento o a modifiche dello stesso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sovrintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e contrasto della corruzione e della legalità.

Tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPCT, segnalano situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi e prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza mantiene attivi i meccanismi di feedback costante rispetto all'andamento delle misure approntate in modo da rendere effettive ed efficaci le funzioni di vigilanza assegnate.

5. IL MODELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Si danno informazioni sul significato di alcuni termini:

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

La pianificazione, mediante l'adozione del presente PTPCT, è il mezzo per attuare la gestione del rischio intesa come **“insieme di attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio”**.

Le principali fasi seguite per la gestione del rischio sono:

- 1) analisi del contesto;
- 2) la mappatura dei processi all'interno delle aree di rischio;
- 3) la valutazione del rischio per ciascun processo;
- 4) il trattamento del rischio;
- 5) il monitoraggio e azioni di risposta.

La valutazione del rischio di corruzione ed illegalità è stata revisionata nel corso del 2021 ed implementata già nel presente PTPCT tenendo conto delle indicazioni metodologiche fornite dall'allegato 1 del PNA 2019.

5.1 Analisi del contesto di riferimento

Nel disegno normativo l'adozione delle misure di prevenzione non può prescindere da un'approfondita analisi del contesto, sia interno che esterno, in cui opera l'Istituto. L'obiettivo di tale analisi è la valutazione dell'incidenza del fenomeno corruttivo, al fine di migliorare il sistema di prevenzione dell'IZSUM.

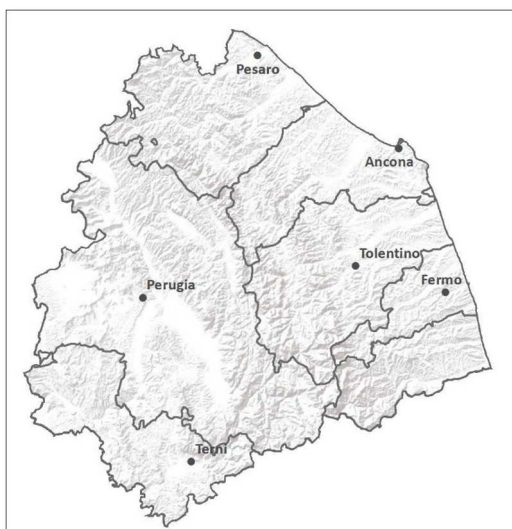
5.1.1 Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha quale primario obiettivo, quello di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto quotidianamente opera, le cui particolarità possono favorire la produzione di fenomeni corruttivi, condizionando al contempo, la medesima valutazione del rischio corruttivo e il conseguente monitoraggio circa la validità ed idoneità delle misure di prevenzione poste in essere. Tale analisi costituisce una fase preliminare essenziale per consentire all'Ente di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo, perché permette di individuare le caratteristiche culturali, criminologiche, sociali, economiche proprie del territorio di pertinenza, nonché le relazioni esistenti con gli stakeholder e di come possano, queste ultime, influenzare l'attività amministrativa, favorendo eventuali fenomeni corruttivi. E' stata elaborata svolta attraverso l'utilizzo di dati oggettivi e soggettivi disponibili. Essa tiene conto, altresì, di informazioni disponibili in materia di sicurezza e legalità con un particolare riguardo al fenomeno dei reati contro la pubblica amministrazione.

In Italia gli Istituti Zooprofilattici sono dieci: essi formano una struttura sanitaria integrata che assicura una rete di servizi per garantire la sicurezza alimentare e il benessere animale, al fine di salvaguardare la salute dell'uomo. La funzione di raccordo e coordinamento delle attività degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali è svolta dal Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della salute del Ministero della Salute che, in collaborazione con il Comitato di supporto strategico nominato con DM 29.1.2013, svolge attività di supporto strategico ed organizzativo all'azione degli Istituti. Ogni Istituto Zooprofilattico estende la sua competenza da una a un massimo di tre regioni.

Il territorio di competenza dell'IZSUM è costituito dalle regioni Umbria e Marche si estende per una superficie complessiva di 17.865 km² sulla quale risiedono complessivamente 2.363.688 abitanti al 31 dicembre 2020 con un calo demografico rispetto all'anno precedente pari allo 0,95% per la regione Marche e dello 0,54% per la regione Umbria. Il territorio complessivo è suddiviso in sette province, Perugia e Terni per l'Umbria ed Ancona, Pesaro-Urbino, Macerata, Fermo ed Ascoli Piceno.

Territorio di competenza IZSUM



5.1.1.1 Popolazione animale

Di seguito, si riporta in forma aggregata il patrimonio zootecnico¹ delle due regioni di interesse.

Consistenza allevamenti e capi nella regione Umbria

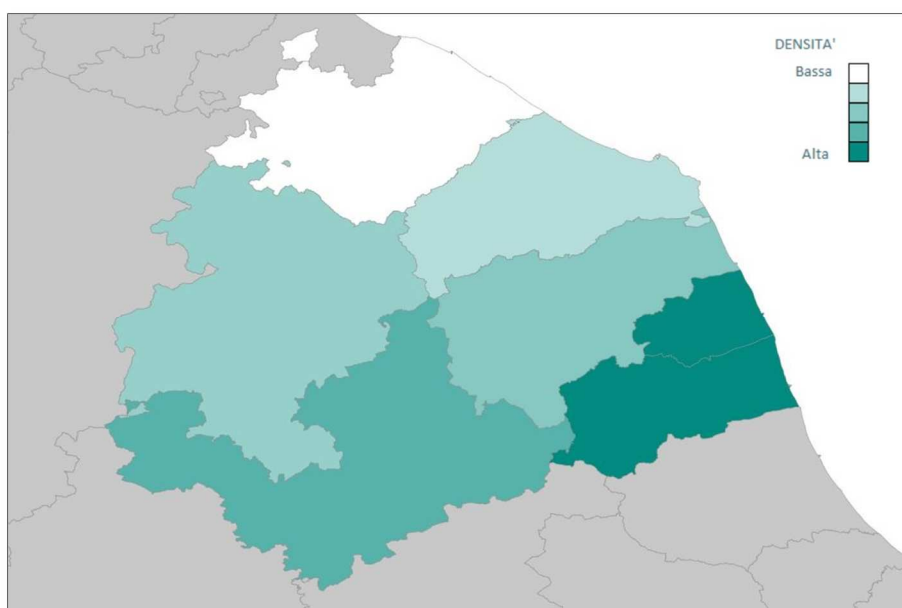
Umbria: consistenza allevamenti e capi	Allevamenti	Capi
Bovini e Bufalini	3.243	58.194
Ovini e Caprini ²	3.383	105.280
Suini ^{3 4}	4.676	188.588
Equidi	5.578	10.466

Consistenza allevamenti e capi nella regione Marche

Marche: consistenza allevamenti e capi	Allevamenti	Capi
Bovini e Bufalini	3.288	48.281
Ovini e Caprini ²	3.783	130.199
Suini ^{3 5}	7.608	107.116
Equidi	5.460	8.407

Nelle immagini seguenti viene riportata la densità⁶ dei capi di bovini/bufalini, ovini/caprini e suini nelle Regioni Umbria e Marche.

Densità di bovini e bufalini nelle regioni Umbria e Marche



¹ Vengono presi in esame gli allevamenti proposti nel nuovo sito di consultazione della BDN: bovini/bufalini, ovino/caprini, suini, equidi.

² Totale ovini e caprini dichiarati da ultimo censimento effettuato antecedente al 31/12/2021.

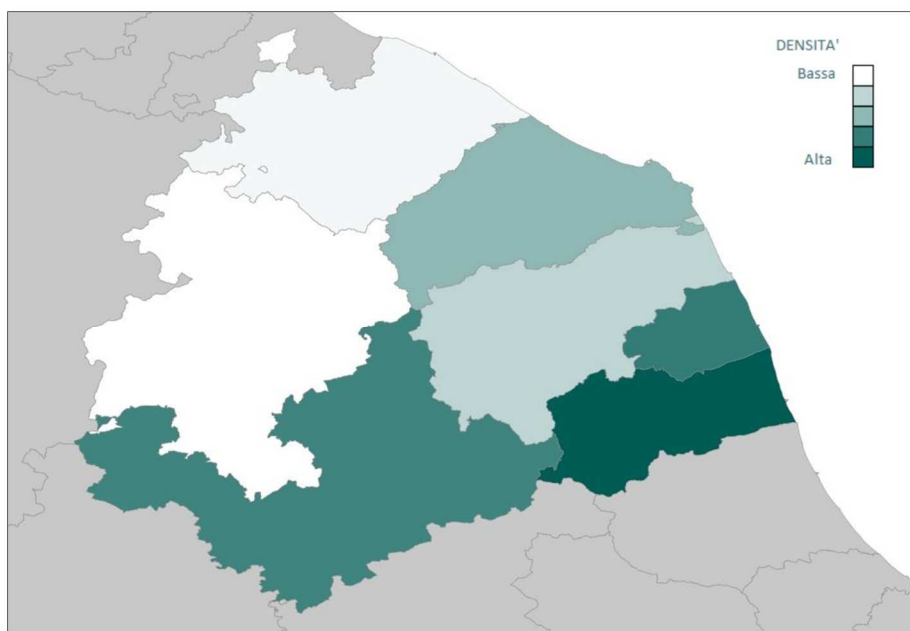
³ Totale suini dichiarati da ultimo censimento effettuato antecedente al 31/12/2021.

⁴ Di cui allevamenti familiari 3816

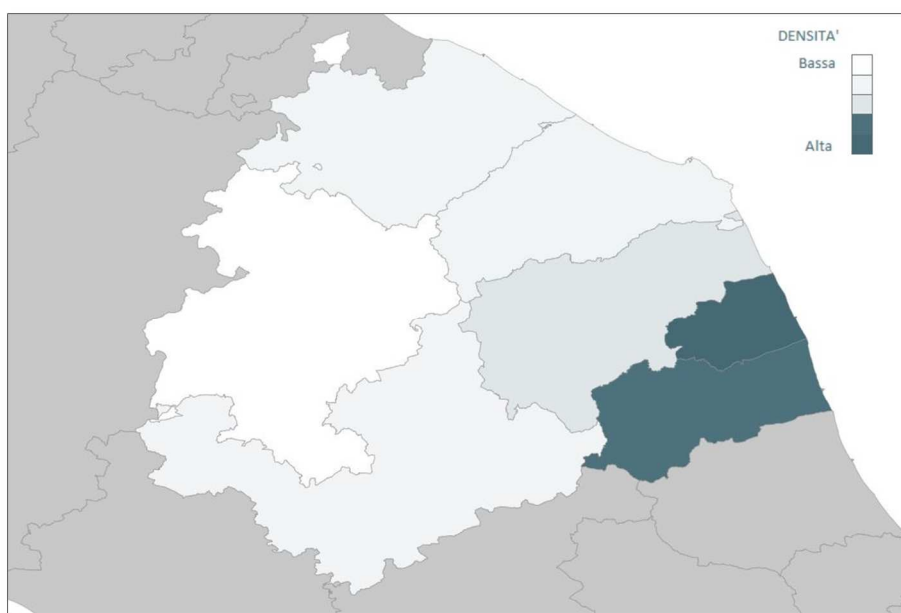
⁵ Di cui allevamenti familiari 6.786

⁶ Densità= numero capi per Km²

Densità di ovini e caprini nelle regioni Umbria e Marche



Densità di suini nelle regioni Umbria e Marche



➤ Bovini Marche

Nelle Marche sono presenti attualmente circa 48.000 bovini in 3.288 allevamenti, che rappresentano circa lo 0,8% della popolazione bovina italiana (Anagrafe Zootecnica Bovina).

In generale il settore subisce un continuo ridimensionamento: dai 200.000 capi del 1976 si è arrivati a 62.000 nel 2012 e il PLV ha subito una contrazione di oltre il 12% dalla fine degli anni '80 ad oggi.

La riduzione del patrimonio zootecnico bovino ha interessato purtroppo anche l'allevamento della razza marchigiana, fiore all'occhiello della zootecnia regionale; attualmente nella regione sono presenti circa 22.000 bovini di razza marchigiana.

La realtà produttiva frammentata, la dimensione media aziendale ridotta e le basse rese produttive, sono tra le problematiche che rendono il settore lattiero caseario regionale poco competitivo nel contesto nazionale nonostante la produzione del latte sia caratterizzata da parametri di qualità e dalla certificazione QM – Qualità garantita dalle Marche.

Allevamenti bovini nelle Marche stratificati per tipologia produttiva e Area Vasta Territoriale (BDN 31/12/2021)

Area Vasta	Orientamento produttivo				Totale
	Carne	Latte	Misto	Altre finalità – Giardino zoologico	
1	543	15	13	-	571
2	625	9	5	1	640
3	876	40	8	-	924
4	422	6	5	-	433
5	608	25	-	1	634
Totale	3.074	95	31	2	3.202

➤ Bovini Umbria

In Umbria sono presenti attualmente circa 58.000 bovini in 3.243 allevamenti, che rappresentano circa l'1% della popolazione bovina italiana (Anagrafe Zootecnica Bovina).

Gli allevamenti bovini aperti sono 3.211; sono distinti per orientamento produttivo principalmente in allevamenti da latte, da carne e misti. Gli allevamenti da carne sono i più numerosi (n. 3.027), 140 sono quelli da latte e 42 gli allevamenti misti (carne e latte). Il numero di allevamenti è maggiore nell'Azienda USL 2 con il 54% circa del totale. Nel 2013 era l'Azienda USL 1 ad avere più allevamenti nel territorio Umbro (52,1%). Gli allevamenti di tipo misto sono equamente distribuiti nelle due USL (20 in USL 1; 22 in USL 2), invece gli allevamenti da carne (52,5%: 1.589/3.027) e quelli da latte (81,4%: 114/140) sono più numerosi nella USL Umbria 2.

Allevamenti bovini presenti in Umbria stratificati per orientamento produttivo e USL (BDN 31/12/2021)

USL Umbria	Orientamento produttivo				Totale
	Carne	Latte	Misto	Altre finalità – Giardino zoologico	
1	1.438	26	20	2	1.486
2	1.589	114	22	-	1.725
Totale	3.027	140	42	2	3.211

➤ Ovini e Caprini Marche

Nelle Marche sono allevati circa 130.000 capi ovicaprini in 3.783 allevamenti che rappresentano circa l'1,7% del patrimonio ovicaprino nazionale. Negli ultimi 10 anni si era assistito ad una costante riduzione del

numero dei capi passando da circa 180.000 animali nel 2010 a 140.000 nel 2018. Il settore ovicaprino riveste un ruolo marginale nella regione, localizzandosi nelle aree interne appenniniche e seguendo metodi di conduzione tradizionali.

Patrimonio ovicaprino nelle Marche: numero allevamenti (BDN 31/12/2021)

Allevamenti ovini (specie prevalente)							
Area Vasta	Altre finalità - Giardino Zoologico	Carne	Lana	Latte	Misto	Produzione da Autoconsumo	Totale complessivo
1	9	229	1	55	22	107	423
2	8	276	-	27	25	99	435
3	7	354	3	49	58	128	599
4	-	96	3	18	33	99	249
5	-	227	-	22	87	115	451
Totale ovini	24	1.182	7	171	225	548	2.157
Allevamenti caprini (specie prevalente)							
Area Vasta	Altre finalità - Giardino Zoologico	Carne	Lana	Latte	Misto	Produzione da Autoconsumo	Totale complessivo
1	26	198	1	6	10	191	432
2	19	286	1	2	5	146	459
3	14	189	1	10	13	137	364
4	-	53	1	3	4	111	172
5	3	92	1	1	17	85	199
Totale caprini	62	818	5	22	49	670	1.626
Totale complessivo	49	2.000	12	193	274	1.218	3.783

➤ Ovini e Caprini Umbria

In Umbria sono allevati circa 105.000 capi ovicaprini in 3.383 allevamenti che rappresentano circa l'1,4% del patrimonio ovicaprino nazionale.

La maggior distribuzione di allevamenti ovi-caprini si ha nell'USL Umbria 2, in cui sono presenti 1.992 allevamenti. In Umbria, l'indirizzo produttivo predominante negli allevamenti di ovini (intesi come specie prevalente) è quello "carne" (59,5%), seguito dagli indirizzi "produzione da autoconsumo" (24,9%) e "misto" (9,9%). La produzione di latte riveste invece un ruolo secondario. Gli allevamenti da carne, sono distribuiti soprattutto nell'USL Umbria 2.

Per quanto riguarda gli allevamenti di caprini (specie prevalente), l'indirizzo produttivo maggiormente rappresentato in Umbria è quello da carne (58,6% degli allevamenti) seguito dall'indirizzo "produzione da autoconsumo" (33,9%). Gli allevamenti sono equamente distribuiti nelle due USL.

Distribuzione degli allevamenti ovicapri per orientamento produttivo in ciascuna USL Umbra (BDN 31/12/2021)

Allevamenti ovini (specie prevalente)							
USL Umbria	Altre finalità - Giardino Zoologico	Carne	Lana	Latte	Misto	Produzione da Autoconsumo	Totale complessivo
1	11	585	2	68	61	272	999
2	2	962	2	94	159	376	1.599 ⁷
Totale ovini	13	1.547	4	162	220	648	2.598⁷
Allevamenti caprini (specie prevalente)							
USL Umbria	Altre finalità – Giardino Zoologico	Carne	Lana	Latte	Misto	Produzione da Autoconsumo	Totale complessivo
1	10	252	5	7	8	110	392
2	4	208	3	7	15	156	393
Totale caprini	14	460	8	14	23	266	785
Totale complessivo	27	2.007	12	176	243	914	3.383⁷

➤ Suini Marche

La produzione suinicola industriale marchigiana rappresenta il 2,7% circa di quella nazionale con 822 allevamenti e conta più di 107.000 capi. Gli sbocchi della produzione suinicola sono la commercializzazione di carne fresca nell'Italia centrale, la produzione locale di prodotti a base di carne, la trasformazione e commercializzazione di salumi certificati DOP/IGP nonché QM-Qualità garantita dalle Marche. Il mercato dei prodotti a base di carne e soprattutto dei prosciutti, è caratterizzato da un trend positivo, con un aumento progressivo dei consumi. Per il resto si tratta di allevamenti a ciclo aperto (da riproduzione) per la maggior parte di piccole dimensioni (< 100 capi).

Numero allevamenti suini per orientamento produttivo per ciascuna Area Vasta marchigiana (BDN 31/12/2020)

Area Vasta	Orientamento produttivo				Totale allevamenti
	Da riproduzione	Familiare	Produzione da ingrasso	Altro ⁸	
1	42	1.319	134	8	1.503
2	36	1.078	159	3	1.276
3	101	1.542	102	7	1.752
4	22	1.234	38	0	1.294
5	28	1.613	140	2	1.783
Totale	229	6.786	573	20	7.608

➤ Suini Umbria

La produzione suinicola industriale umbra rappresenta il 2,8% di quella nazionale con 860 allevamenti e conta più di 187.000 capi. Gli allevamenti suini sono equamente distribuiti tra i territori delle due USL della regione.

⁷ Inclusi 4 allevamenti con orientamento produttivo non specificato

⁸ Altre finalità – giardino zoologico, struttura faunistica venatoria per cinghiali

Dei 4.527 allevamenti censiti in Umbria, circa l'81% è rappresentato da allevamenti a tipologia familiare (autoconsumo), seguita dalla tipologia da ingrasso che corrisponde al 10,8% e da riproduzione pari all'8%. L'allevamento suinicolo in Umbria è rappresentato, in misura prevalente, da allevamenti di piccole-medie dimensioni, infatti circa il 95% di essi ha una capacità non superiore a 50 capi.

Distribuzione allevamenti per orientamento produttivo in ciascuna USL umbra (31/12/2021)

USL Umbria	Orientamento produttivo				Totale
	Da riproduzione	Familiare	Produzione da ingrasso	Altro ⁹	
1	145	1.770	286	27	2.228
2	181	2.046	208	13	2.448
Totale	326	3.816	494	40	4.676

➤ Equidi Marche

Nelle Marche sono registrati complessivamente circa 5.460 allevamenti di equidi. Data la diversità della regione da un punto di vista paesaggistico con zone collinari, montuose o lungo il versante adriatico, il turismo equestre è sempre più diffuso: infatti circa il 75% delle strutture presenti risultano essere maneggi o comunque strutture ricreative.

Allevamenti di equidi presenti nelle Marche per specie e Area Vasta (BDN 31/12/2021)

Area Vasta	Asini	Cavalli	Muli	Totale
1	223	1.334	8	1.565
2	143	1.132	11	1.286
3	152	1.175	4	1.331
4	70	526	3	599
5	117	550	12	679
Totale	705	4.717	38	5.460

Allevamenti di equidi presenti nelle Marche per orientamento produttivo e Area Vasta (BDN 31/12/2021)

Area Vasta	Carne	Equestre / Diporto	Ippico / Sportivo ¹⁰	Riproduzione	Collezione faunistica	Totale
1	168	440	833	114	10	1.565
2	12	165	1.066	37	6	1.286
3	57	86	1.128	54	6	1.331
4	34	192	352	19	2	599
5	80	192	360	44	3	679
Totale	351	1.075	3.739	268	27	5.460

⁹ Altre finalità – giardino zoologico, struttura faunistica venatoria per cinghiali

¹⁰ Attività sportive agonistiche o da competizione

➤ Equidi Umbria

Gli allevamenti equidi aperti in Umbria sono 5.578. Gli allevamenti di cavalli sono i più numerosi (n. 4.790) 697 sono quelli di asini, 34 gli allevamenti di muli ed uno di bardotti. L'Azienda USL 2 presenta il maggior numero di allevamenti di cavalli, mentre gli allevamenti di asini sono presenti in numero maggiore nell'USL 1. Per quanto riguarda gli orientamenti produttivi, i più diffusi sono quelli da diporto, ippico ed equestre. Le altre tipologie rappresentano insieme circa l'8% del totale degli allevamenti.

Numero di allevamenti di equidi per USL umbre e specie allevata (BDN 31/12/2021)

USL Umbria	Asini	Bardotti	Cavalli	Muli	Zebra	Totale
1	444	1	2.318	12	-	2.775
2	304	-	2.472	26	1	2.803
Totale	748	1	4.790	38	1	5.578

Orientamento produttivo degli allevamenti di equidi per USL umbre (BDN 31/12/2021)

USL Umbria	Carne	Equestre / Diporto	Ippico / Sportivo ¹¹	Riproduzione	Collezione faunistica	Non indicato	Totale
1	62	662	1.948	93	4	6	2.775
2	216	475	2.040	53	2	17	2.803
Totale	278	1.137	3.988	146	6	23	5.578

5.1.1.2 Gli interlocutori o stakeholders

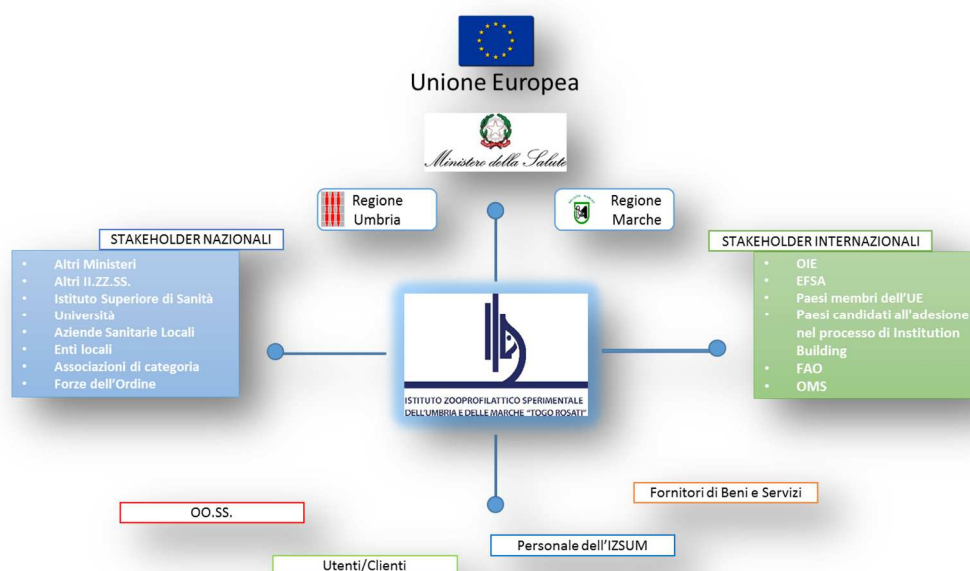
Le attività dell'Istituto sono rivolte ad un elevato numero di "portatori di interesse", differenti in termini di aspettative, competenze e richieste. I portatori di interesse o "stakeholder", non sono solo i soggetti con un rapporto diretto con l'Ente (clienti, fornitori, dipendenti, cittadini), ma anche tutti coloro le cui azioni possono direttamente o indirettamente avere riflessi sulle scelte operate e da operare (Collettività, Pubblica Amministrazione centrale e periferica, Istituzioni pubbliche, Società private, ecc.). In particolare si possono individuare le seguenti categorie di interlocutori interessati all'attività dell'Istituto:

- soggetti pubblici/pubblico-privati: Unione Europea (Commissione europea; Autorità europea per la sicurezza alimentare – ESFA, Laboratorio Comunitario di riferimento per l'influenza aviaria), OIE, FAO, Centri di Referenza Comunitari e di Paesi Esteri, Ministero della Salute (Comitato di Supporto Strategico, Uffici Veterinari Adempimenti degli Obblighi Comunitari – UVAC, Istituto Superiore di Sanità, Posti Ispezione Frontaliera - PIF), Ministero delle Politiche Agricole e Forestali (MIPAF), Province, Comuni, Università, Ordini Professionali (veterinari, medici, biologi, chimici), Enti di accreditamento, Rete nazionale degli II.ZZ.SS. , Az. ULSS (servizi veterinari e dipartimenti di prevenzione), Agenzie regionali e provinciali per la protezione dell'ambiente, Istituzioni o aziende di sviluppo e di ricerca sperimentali zootecniche, Enti gestori di Parchi, Riserve Naturali Regionali, Istituti di Gestione Faunistica e Venatoria, Ambiti Territoriali di Caccia;

¹¹ Attività sportive agonistiche o da competizione

- soggetti privati: Operatori del settore alimentare come Mangimifici, Allevatori, Macelli e stabilimenti di produzione e trasformazione di alimenti di origine animale, Associazioni di categoria, Esercizi di vendita al minuto e all'ingrosso, Ristorazione collettiva, Ristorazione pubblica, Stabilimenti di lavorazione di alimenti di origine vegetale;
- collettività: Associazioni Onlus, Associazione di consumatori, Scuole, cittadini e consumatori.

Stakeholder dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"



5.1.1.3 Controllo su Enti di diritto privato

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

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

Essendo l'AIZS un ente di diritto privato soggetto a controllo pubblico con un bilancio inferiore ad euro 500.000,00, ai sensi dell'art. 1, comma 2-bis, della Legge 190/2012 e dell'art. 2-bis, del D. Lgs. 33/2017, dal 2017 non è soggetta alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza previste per le pubbliche amministrazioni. Pertanto, per il triennio 2018-2020 non sarà approvato il PTPC e non saranno aggiornate le pubblicazioni previste in materia di trasparenza, così come comunicato dal RPCT dell'Associazione con nota prot. 830 del 18 gennaio 2017.

5.1.1.4 Società partecipate

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

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

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

5.1.1.3 Aspetti legati alla sicurezza e legalità nel territorio di riferimento

Il perdurare dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ha accentuato le conseguenze negative sul sistema sociale ed economico italiano originate dalle severe misure rese necessarie per contenere l'espandersi del contagio. Le difficoltà incontrate per arginare il diffondersi della pandemia hanno infatti continuato ad imporre limitazioni alla mobilità dei cittadini e allo svolgimento delle attività di importanti comparti produttivi quali quello commerciale, turistico-ricreativo e della ristorazione. Nonostante le lente e scaglionate riaperture, le difficoltà finanziarie delle imprese permangono, dovute anche ai rincari di energia e di questo potrebbero approfittare le organizzazioni malavitose, per altro sempre più orientate verso una sorta di metamorfosi evolutiva volta a ridurre le strategie cruente per concentrarsi progressivamente sulla silente infiltrazione del sistema imprenditoriale. La pandemia ha avuto un impatto molto forte sulle dinamiche sociali ed economiche nazionali ed internazionali, determinando in Italia (ma non solo in Italia) una sensibile recessione.

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 forniture di dispositivi medici, DPI ed apparecchiature il sistema è ancora più esposto a una serie di rischi, legati alla riduzione dei tempi, alla concentrazione di poteri decisionali, ecc...

Con l'attuazione del decreto legge n. 76/2020, il c.d. "decreto Semplificazioni" convertito in legge n. 120/2020, che ha come obiettivo il rilancio dell'economia nazionale attraverso la semplificazione delle procedure in materia di contratti pubblici nonché in materia di responsabilità del personale delle Pubbliche Amministrazioni, si possono agevolare fenomeni di natura illecita. Inoltre il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza approvato in Italia il 13 luglio 2021 porterà in Italia ingenti somme di denaro; è opportuno quindi

aumentare i controlli e la trasparenza affinché tali somme non finiscano per alimentare le criminalità organizzate. Su queste tematiche si è espressa molto chiaramente anche l'ANAC che si auspica, maggiore attenzione da parte di tutti, soprattutto in ambito di appalti pubblici; *“Dobbiamo tenere alta l'attenzione soprattutto in questo momento di grande sforzo di Investimenti legati al 'Pnrr', evitando che finiscano per alimentare la criminalità organizzata. In questo senso, lo sforzo di trasparenza e controllabilità che stiamo svolgendo come Anac rende possibile coniugare la semplificazione e il rispetto dei tempi con la maggiore controllabilità, che deve estendersi a tutti i soggetti coinvolti nei contratti e quindi a tutti i subappaltatori”*¹²

➤ Marche¹³

Il territorio marchigiano è caratterizzato da una significativa presenza imprenditoriale in vari settori, quali quelli agroalimentare, manifatturiero e turistico. Un sistema produttivo per lo più basato su imprese di piccole e medie dimensioni, potenzialmente attrattivo per la criminalità organizzata. Quella di matrice mafiosa potrebbe infatti ulteriormente profittare delle attuali difficoltà congiunturali ai fini di riciclaggio dei capitali illeciti, ricorrendo anche alla pratica dell'usura nei confronti sia dei singoli cittadini che dell'imprenditoria. Altro elemento di possibile interesse per l'infiltrazione mafiosa nel tessuto imprenditoriale marchigiano è rappresentato dai finanziamenti pubblici per la ricostruzione “post sisma”. Come già accaduto in altre Regioni le consorterie potrebbero infatti tentare di infiltrarsi nell'aggiudicazione degli appalti e dei subappalti pubblici e privati a svantaggio delle imprese “sane” per trarre profitti da impiegare ulteriormente in altri canali dell'economia legale. Al riguardo, sebbene la regione non faccia registrare al momento forme di stabile radicamento delle “mafie tradizionali” negli ultimi anni si è comunque evidenziata la presenza e talvolta l'operatività di affiliati alla criminalità organizzata calabrese. Nello specifico, a San Benedetto del Tronto (AP) sarebbero stati individuati soggetti riconducibili alla 'ndrangheta del catanzarese, in provincia di Macerata e a Fermo sarebbero emerse proiezioni riferibili alle cosche del crotonese, mentre in provincia di Pesaro Urbino è stata invece accertata l'operatività di soggetti riconducibili alle cosche dell'area reggina. Nel merito il Procuratore Generale presso la Corte d'Appello ha evidenziato *“come la Regione Marche rappresenti un territorio ideale, proprio per la sua immagine di “zona franca”, per l'effettuazione di operazioni di riciclaggio e reimpiego di proventi derivanti da attività delittuose, oltre che per lo svolgimento di attività di prestazione di servizi illeciti, da parte di professionisti nel territorio comunque collegati ad associazioni mafiose, così come ulteriormente desumibile dall'operazione della Procura Distrettuale di Ancona che nel mese di febbraio 2020 ha eseguito misure cautelari personali nei confronti di tre professionisti marchigiani e di un imprenditore calabrese....”* Nel semestre da evidenziare sono poi le possibili implicazioni connesse con forme d'infiltrazione nell'economia legale anche alla luce dell'attuale crisi pandemica. Nello specifico, risulta di interesse il sequestro preventivo eseguito il 19 novembre 2020 dalla Guardia di finanza di Rimini a carico una ditta operante nel settore delle sanificazioni tra Rimini e Pesaro. Si evidenzia inoltre che nelle Marche si è ripetutamente manifestato l'interesse da parte di un'imprenditoria “rapace” a perseguire profitti attraverso l'inserimento nell'illecita gestione del ciclo dei rifiuti in particolare con riferimento ai RAEE (Rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche).

➤ Umbria¹⁴

¹² Fonte: 21 marzo 2022, Giuseppe Busia, Presidente di Anac, in occasione della “Giornata della memoria e dell'impegno in ricordo delle vittime innocenti delle mafie”

¹³ Fonte: Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - ATTIVITÀ SVOLTA E RISULTATI CONSEGUITI DALLA DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA (DIA) Luglio - Dicembre 2020

¹⁴ Fonte: Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - ATTIVITÀ SVOLTA E RISULTATI CONSEGUITI DALLA DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA (DIA) Luglio - Dicembre 2020

L'Umbria non risulta, al momento, interessata da forme di stabile radicamento delle "mafie tradizionali". Tuttavia nella regione risultano presenti oltre a strutture criminali di matrice etnica soggetti o proiezioni di consorterie mafiose che apprezzano le opportunità offerte dal territorio per riciclare e reinvestire capitali illeciti, infiltrandosi nel tessuto socio-produttivo caratterizzato da un reticolo di piccole e medie imprese. In tale contesto sarebbe stato registrato, in alcuni casi, anche il ricorso a pratiche usuarie ed estorsive finalizzate ad assumere il controllo di attività economiche. Un fenomeno che deve essere attentamente monitorato nella considerazione degli effetti della crisi pandemica che hanno ulteriormente aggravato la preesistente difficoltà economica, rendendo le realtà imprenditoriali particolarmente vulnerabili. Un ulteriore elemento di possibile attrazione per gli affari delle mafie è rappresentato dagli ingenti finanziamenti pubblici per la ricostruzione "post sisma" che già in passato hanno evidenziato tentativi di infiltrazione negli appalti da parte di società riconducibili a organizzazioni criminali extraregionali. A tal proposito, il Procuratore Generale presso la Corte di Appello di Perugia ha evidenziato come una "particolare attenzione viene dedicata alla ricostruzione post sisma che in passato ha evidenziato possibili accessi agli appalti di società in stretto collegamento con la camorra e la 'ndrangheta. Costante è, a tale riguardo, il collegamento con la DNA e la DIA ...". Nella Procura perugina sono inoltre svariati i filoni investigativi che si stanno seguendo che riguardano i reati contro la pubblica amministrazione, la criminalità economica ed organizzata di stampo mafioso e quella di tipo terroristico.¹⁵

5.1.1.4 Corruzione nella Pubblica Amministrazione

L'ultimo Rapporto annuale disponibile della Guardia di Finanza risale al anno 2016 e fa emergere i seguenti dati nell'ambito dei controlli eseguiti sulla spesa pubblica e nel contrasto ai reati contro la Pubblica Amministrazione:

Reati e altri illeciti contro la pubblica amministrazione	
Indagini e attività di polizia svolte	3.947
Controlli eseguiti	1.680
Soggetti denunciati	4.031
Di cui in stato di arresto	241
Sequestri	€ 85.767.833

Illeciti in materia di appalti pubblici	
Indagini e attività di polizia svolte	1.341
Controlli eseguiti	521
Soggetti denunciati	1.866
Di cui in stato di arresto	140
Sequestri	€ 3.390.180.845

Responsabilità amministrativa per danno erariale	
Controlli eseguiti	2.058
Soggetti segnalati	1.866
Sequestri	€ 5.392.971.070

¹⁵ Fonte: Inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2022 della Corte di Appello di Perugia.

E' di interesse anche l'andamento di alcuni reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Nelle tabelle sottostanti si riportano quest'ultimi con riferimento al periodo 2008 – 2015 sia a livello nazionale che territoriale:

Nr. reati commessi in Italia in violazione dei delitti contro la pubblica amministrazione previsti dal codice penale (dati di fonte sdi/ssd consolidati)¹⁶								
Reato	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Peculato	282	330	387	333	453	443	403	360
Concussione	145	140	146	130	168	130	111	65
Corruzione per un atto d'ufficio	17	41	19	13	18	17	24	39
Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	120	98	82	95	115	101	76	120
Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio	11	32	10	19	22	17	9	29
Istigazione alla corruzione	246	217	216	222	202	182	185	169
Abuso d'ufficio	1.168	1.099	1.193	1.196	1.259	1.144	1.254	1.179

A livello territoriale si ha:

UMBRIA								
Nr. reati commessi in violazione dei delitti contro la pubblica amministrazione previsti dal codice penale (dati di fonte sdi/ssd consolidati)¹⁷								
Reato	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Peculato	19	6	2	4	5	7	6	2
Concussione	5	1	1	3	2	1	3	0
Corruzione per un atto d'ufficio	0	3	1	1	0	0	0	0
Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	3	1	2	2	1	0	0	0
Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio	1	0	2	1	0	0	0	0
Istigazione alla corruzione	4	4	6	2	1	4	0	1
Abuso d'ufficio	17	17	14	19	18	17	18	16

MARCHE								
Nr. reati commessi in violazione dei delitti contro la pubblica amministrazione previsti dal codice penale (dati di fonte sdi/ssd consolidati)⁸								
Reato	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Peculato	5	8	4	10	18	8	24	6
Concussione	2	2	2	1	2	2	23	1
Corruzione per un atto d'ufficio	0	0	0	0	0	1	1	0

¹⁶ Fonte: tratto da "I reati contro la Pubblica Amministrazione 2008 – 2015" – Ministero dell'Interno – Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio centrale di statistica

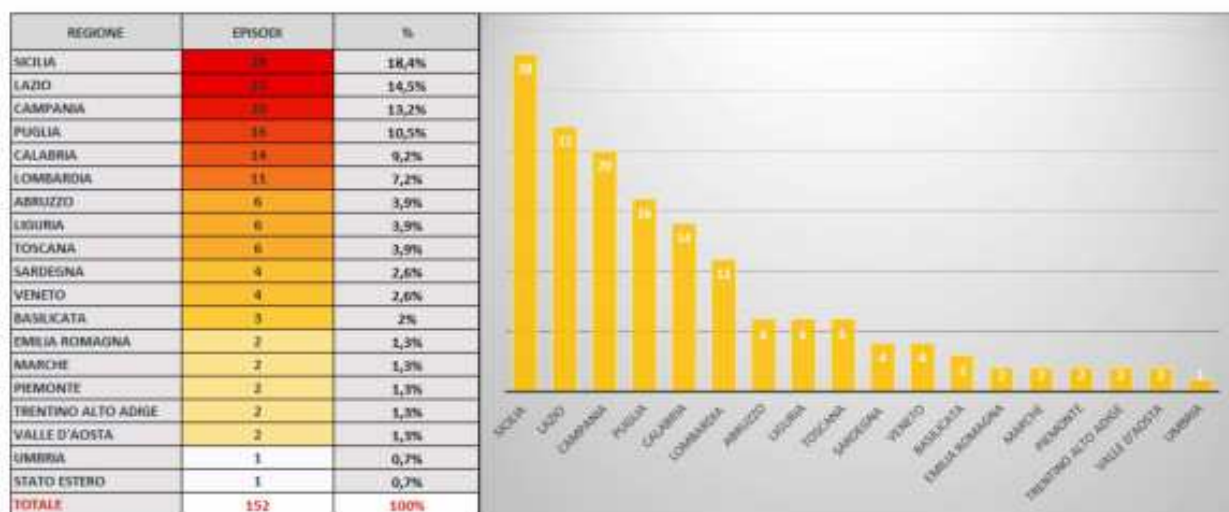
¹⁷ Fonte: tratto da "I reati contro la Pubblica Amministrazione 2008 – 2015" – Ministero dell'Interno – Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie – Ufficio centrale di statistica

Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio	0	0	1	1	1	2	0	2
Corruzione di una persona incaricata di un pubblico servizio	0	1	0	0	0	0	0	1
Istigazione alla corruzione	2	3	1	2	1	0	1	0
Abuso d'ufficio	15	19	27	15	16	11	33	29

Nella lettura dei dati a livello territoriale emerge che i tassi annui sono, nella stragrande maggioranza dei reati di molto inferiori al 10% con valori spesso al di sotto anche del 5%. Da notare comunque che per la regione Marche, nel 2014, per il reato di Concussione registra il 20,72% dei 111 totali nazionali.

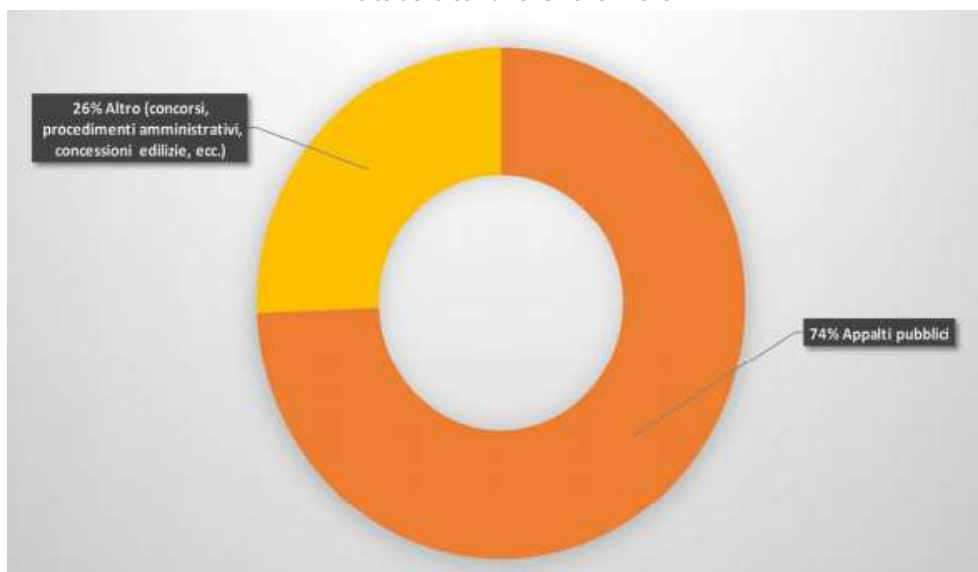
Il rapporto ANAC su “La corruzione in Italia 2016-2019. Numeri, luoghi e contropartite del malaffare” pubblicato il 17 ottobre 2019 presenta un “quadro dettagliato, benché non scientifico né esaustivo, delle vicende corruttive in termini di dislocazione geografica, contropartite, enti, settori e soggetti coinvolti” su tutto il territorio nazionale. In particolare con il supporto del personale della Guardia di Finanza impiegato presso l'ANAC, sono stati analizzati i provvedimenti emessi dall'Autorità giudiziaria nell'ultimo triennio. Sono stati considerati i casi di corruzione emersi analizzando i provvedimenti della magistratura. Su 152 casi totali nell' Umbria e nelle Marche si registrano rispettivamente 1 e 2 episodi di corruzione pari allo 0,7% e all' 1,7% di episodi registrati in tutto il territorio nazionale.

Episodi di corruzione 2016 - 2019



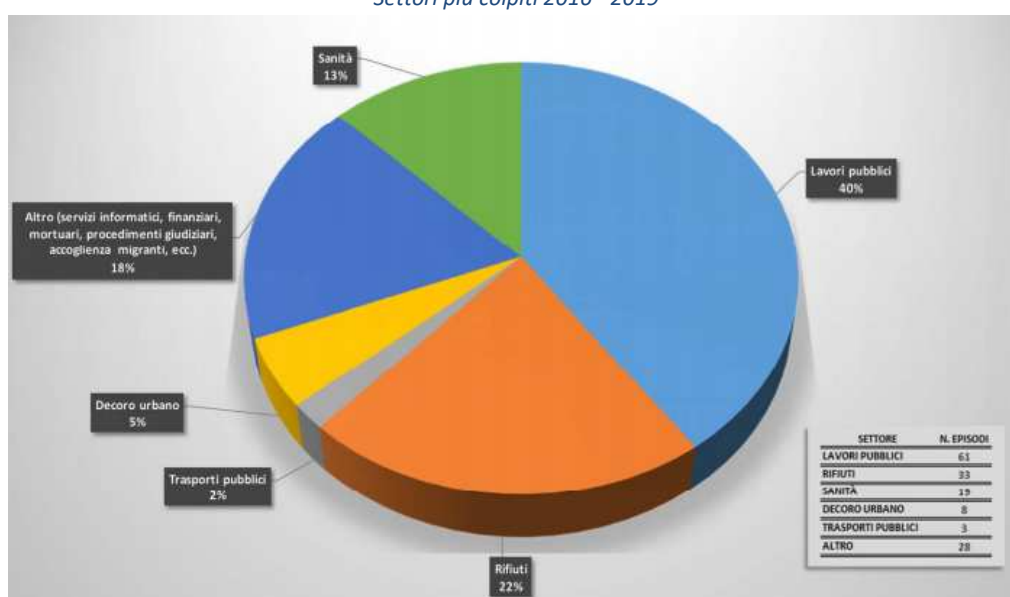
Il 74% delle vicende ha riguardato l'assegnazione di appalti pubblici. Il restante 26% in ambiti di vario tipo (procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari, ecc.).

Ambito della corruzione 2016 - 2019



Il settore più a rischio è legato ai lavori pubblici, seguono quello dei rifiuti e poi quello sanitario (forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di pulizia).

Settori più colpiti 2016 - 2019



5.1.2 Il contesto interno

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

In tale contesto, considerando gli aspetti che possono consentire il contrasto di fenomeni corruttivi, assumono una funzione importante:

- La definizione di ruoli e responsabilità;
- La presenza di strumenti di programmazione che siano coerenti con l'obiettivo di contrasto alla corruzione, valorizzando anche la cultura dell'etica
- Il regolamento aziendale;
- L'adozione di procedure nel rispetto della certificazione di qualità;

- L'attività di mappatura dei processi, al fine di identificare aree che risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi. Il risultato di tale mappatura è contenuto nel presente piano.

A partire dal 2020 anche l'IZSUM si è impegnato nella difficile prova di fronteggiare gli effetti dell'emergenza sanitaria nazionale, che ha imposto a tutte le Pubbliche Amministrazioni italiane di adottare specifiche misure finalizzate a contenere la diffusione del contagio, garantendo allo stesso tempo la continuità dei servizi e delle attività in condizioni di efficacia ed efficienza operativa. 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 però di procedure per la gestione degli acquisti e la presenza di un magazzino centralizzato ove stoccare e poi da dove distribuire il materiale minimizzano il rischio di corruzione. Inoltre procedure contrattuali aperte e rese trasparenti (attraverso il sito istituzionale), l'istituto del whistleblowing e la presenza di un sistema di gestione sono in grado di mitigare il rischio di corruzione.

Sempre in emergenza sono state attivate e sviluppate nuove forme di organizzazione lavorative (Smart Working - SW). Mentre prima la presenza veniva attestata con il badge in ufficio, adesso sono attuati metodi alternativi per giustificare l'orario di lavoro. Sono misure per mitigare il rischio: l'elaborazione di un disciplinare adottato con deliberazione n. 74 del 21 settembre 2020 per le modalità di gestione dello SW destinato a regolamentarlo a regime alla fine del periodo emergenziale, la verifica periodica del lavoro effettivamente svolto dal dipendente, la programmazione dell'attività lavorativa fondata su una maggior responsabilizzazione dei dipendenti e un controllo più intenso del dirigente sull'attività svolta. La pandemia ha cambiato anche il modo di partecipare ai percorsi di formazione che dal 2020 si svolgono ancora preferibilmente a distanza; tale necessità ha portato l'IZSUM a chiedere e ottenere la certificazione ECM anche per i corsi FAD.

È sempre in tale contesto che, tra l'altro, sono state disposte misure per la semplificazione delle procedure concorsuali attraverso l'uso della tecnologia digitale; che è stata riconosciuta la possibilità di svolgere in videoconferenza le sedute degli organi degli enti pubblici.

5.1.2.1 Mission e attività dell'Istituto.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" è un'azienda sanitaria pubblica che opera nell'ambito del servizio sanitario nazionale, garantendo al sistema veterinario delle Regioni Umbria e Marche le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie per l'espletamento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria. Ha sede legale a Perugia in via Salvemini, n.1 ed opera nel territorio di competenza attraverso 5 sezioni territoriali:

- Terni, via Carlo Alberto dalla Chiesa 78;
- Pesaro, via Canonici 140;
- Ancona, via Cupa di Posatura 3;
- Tolentino via Maestri del Lavoro, Contrada Cisterna;
- Fermo, Contrada S. Martino 6.

La mission dell'Istituto è di operare per il miglioramento della salute pubblica e per il progresso socio-culturale ed economico della collettività svolgendo attività di controllo e ricerca nell'ambito della sicurezza alimentare e del benessere animale.

Gli obiettivi principali del mandato istituzionale sono:

Sanità Animale e Sicurezza Alimentare:

- garantire servizi diagnostici specializzati su animali;
- effettuare controlli analitici su alimenti;
- effettuare diagnosi per il controllo ufficiale di allevamenti e prodotti alimentari;
- realizzare piani di sorveglianza epidemiologica, controllo ed eradicazione per prevenire la diffusione di malattie.

Benessere Animale:

- promuovere il benessere animale all'interno del mondo produttivo, della ricerca scientifica biomedica e della società in generale.

Attività di ricerca:

- svolgere progetti di ricerca scientifica negli ambiti della veterinaria e della sicurezza alimentare.

Comunicazione e Formazione:

- progettare attività di formazione per gli operatori del settore veterinario ed alimentare;
- realizzare attività di comunicazione scientifica, in particolare riguardo i rischi sanitari legati al contatto con gli animali ed al consumo di alimenti;

Produzione dei vaccini e dei terreni culturali. L'Istituto è autorizzato dal Ministero alla Sanità alla produzione, commercializzazione e distribuzione di vaccini e presidi diagnostici occorrenti per la lotta contro le malattie infettive e per le attività di sanità pubblica veterinaria. La produzione dei terreni è solo per uso interno.

5.1.2.2 Attività verso terzi

Fermo restando l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, l'Istituto può erogare prestazioni a terzi a titolo oneroso, stipulando convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni a enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private.

- **Prestazioni sanitarie ad aziende sanitarie pubbliche e altri soggetti pubblici**

Vi rientrano varie tipologie di prestazioni sanitarie di laboratorio relative ai piani di profilassi (leucosi e brucellosi) che vengono fatturate in base a tariffe ministeriali (D.M. 10 maggio 1993), piani di monitoraggio IBR e BVD e altri piani (es. CAEV) effettuati per conto degli Enti cogherenti a tariffe concordate.

- **Prestazioni sanitarie a privati**

Vi rientra l'attività di fornitura di servizi ed erogazione di prestazioni a pagamento a privati quali ad esempio vendita di antigeni, esami relativi all'attività di autocontrollo sugli alimenti e attività diagnostica. Vi rientra anche l'attività di consulenza scientifica per la ricerca previa stipula di convenzione.

La quantificazione delle prestazioni erogate avviene sulla base del Tariffario. Nello stesso sono riportate le tipologie di prestazioni a pagamento erogabili a soggetti pubblici e privati, suddivise in determinate categorie, la tariffa applicata dall'Istituto ed altri elementi (descrizione analisi, tecnica di prova). Si evidenzia che attualmente non è definita una tempistica di aggiornamento del Tariffario.

Alla luce del Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 marzo 2017, relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari e dei successivi decreti attuativi, la Direzione Aziendale sta rivalutando le modalità per espletare le attività in autocontrollo.

5.1.2.1 Assetto organizzativo

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo dichiarato della nuova Direzione aziendale sarà quello di effettuare nel corso 2022 interventi di "manutenzione" sul modello organizzativo al fine di renderlo effettivo ed attuarlo in conformità alle esigenze gestionali e alle funzioni istituzionali. La nuova Direzione intende operare secondo la logica della condivisione delle strategie e delle azioni nel rispetto dei ruoli e dei livelli di ciascun attore dell'organizzazione.

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

➤ Il Consiglio di Amministrazione (C.d.A.)

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

Con Decreto della Presidente della Giunta Regionale dell'Umbria, 22 gennaio 2019 n. 1, è stato nominato il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto composto da tre membri:

- Prof. Luca Mechelli, designato dalla Regione Umbria ed eletto Presidente del CdA;
- Dott. Mauro Smacchia, designato dalla Regione Marche;
- Dott. Gino Di Manici Proietti, designato dal Ministero della Salute.

➤ Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, Dott. Vincenzo Caputo nominato con Decreto della Presidente della Giunta Regionale dell'Umbria 30 aprile 2021 n. 18, è il rappresentante legale dell'Istituto, ne gestisce e dirige l'attività

scientifica. Nell'ambito delle proprie funzioni verifica la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite all'Istituto nonché il buon andamento delle attività amministrative e tecnico scientifiche e riferisce al C.d.A in ordine ai risultati conseguiti. Inoltre, nell'espletamento delle proprie attività è coadiuvato, in base alla natura delle attività stesse, dal Direttore Amministrativo Dott. Dante De Paolis nominato con Disposizione del Direttore Generale n. 13/2021 e dal Direttore Sanitario Dott. Giovanni Pezzotti nominato con Disposizione del Direttore Generale n. 11/2021.

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

➤ Il Collegio dei Revisori dei Conti

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

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

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

➤ Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

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

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

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

Con Delibera del Consiglio di Amministrazione 30 aprile 2019 n. 1, è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione composto da tre membri:

- Dott.ssa Maria Linetti, con funzioni di presidente dell'Organismo;
- Dott. Massimo Tarantino;
- Dott. Augusto Santurbano.

Il mandato (triennale) dell'OIV scadrà il 30 aprile 2022; il Consiglio di Amministrazione procederà alla nomina con propria deliberazione sulla base dell'esito dell'avviso pubblico per la manifestazione di interesse alla nomina pubblicato sul Portale del Dipartimento della Funzione Pubblica.

➤ Ufficio Procedimenti Disciplinari

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

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

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

➤ Comitato Strategico

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

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

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

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

- Direttore Generale, che presiede e convoca il Comitato, definendo l'ordine del giorno delle relative sedute;
- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttori delle Unità Operative complesse;
- Responsabile dell'Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione.

➤ Comitato Scientifico per la formazione ECM

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

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

Con Delibera del Direttore Generale 28 ottobre 2019 n. 461, è stato nominato il Comitato Scientifico per la formazione ECM dell'Istituto coordinato dal Direttore Generale e composto da altri nove membri. Con delibera del Direttore Generale n. 17 del 22 gennaio 2020 si è provveduto all'integrazione dei componenti del comitato scientifico per la formazione ECM per il triennio ottobre 2019 – ottobre 2022. Con Delibera del Direttore Generale n. 290 del 24 agosto 2021 è stato modificato il Regolamento per il funzionamento del Comitato Scientifico per la formazione ECM ed è stato nominato il Direttore Amministrativo quale componente aggiuntivo.

I membri di tale comitato sono scelti tra personalità ed esperti nel campo della formazione e finalizzato a garantire un livello adeguato, dal punto di vista scientifico e metodologico, per una corretta programmazione ed attuazione di eventi formativi rivolti a tutte le professioni sanitarie.

I componenti sono:

- Dr. Vincenzo Caputo
- Dr. Giovanni Pezzotti;
- Dr. Dante De Paolis
- Dr. Umberto Agrimi;
- Prof.ssa Chiara Bracalente;
- Dott.ssa Monica Giammarioli;
- Sig.ra Paola Gianfelici;
- Dr. Gianni Giovannini;
- Dr. Paolo Pierucci;
- Dr. Luigi Ruocco;
- Dr. Giampiero Scortichini.

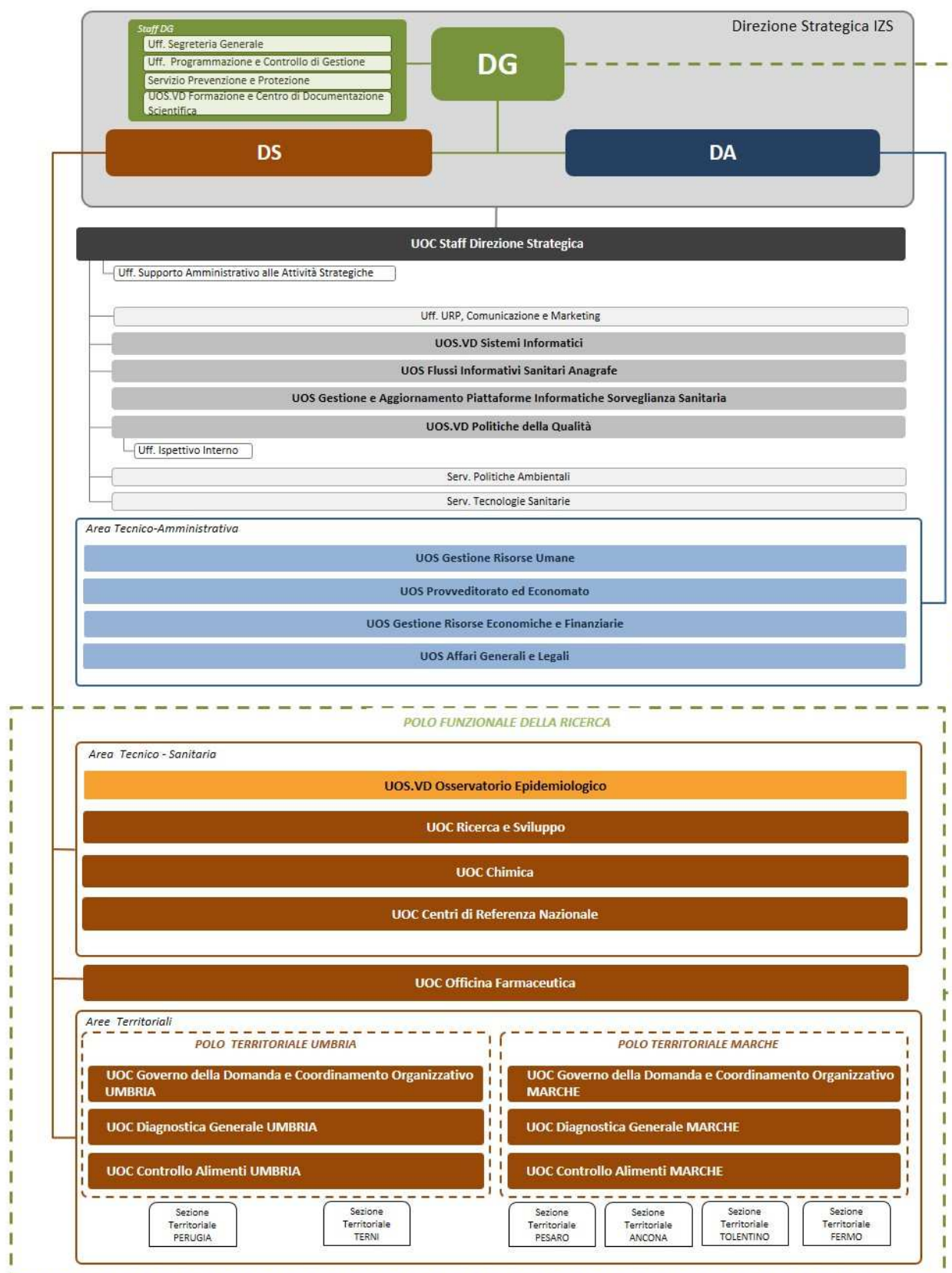
➤ Consiglio dei Sanitari

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

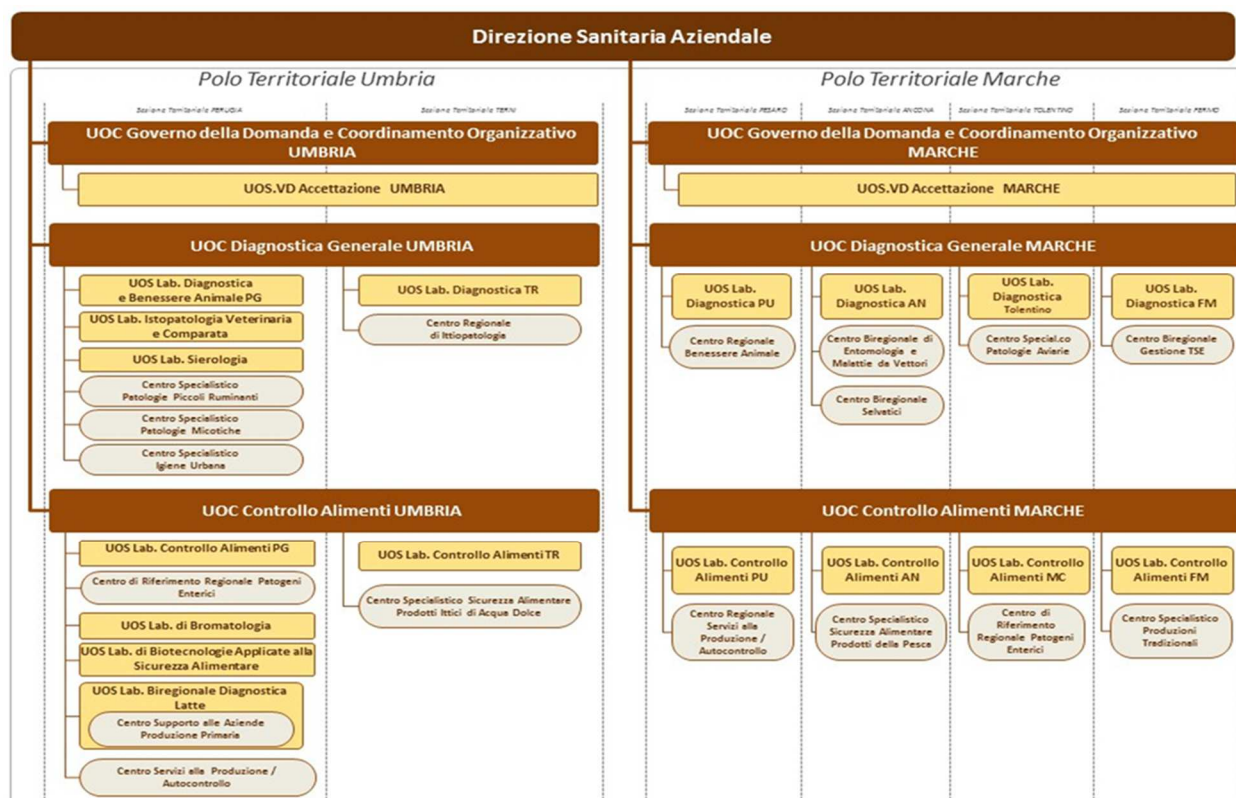
Il Consiglio dei Sanitari fornisce, nei casi previsti dalla legge, parere obbligatorio non vincolante, al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. La composizione e il funzionamento del Consiglio dei Sanitari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

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

Organigramma dell'IZSUM







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

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

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

- 1) Governo della Domanda e Coordinamento Organizzativo Umbria;
- 2) Governo della Domanda e Coordinamento Organizzativo Marche;
- 3) Diagnostica Generale Umbria;
- 4) Diagnostica Generale Marche;
- 5) Controllo Alimenti Umbria;
- 6) Controllo Alimenti Marche;
- 7) Ricerca e Sviluppo;

- 8) Chimica;
- 9) Centri di Referenza Nazionale;
- 10) Officina Farmaceutica;
- 11) Staff di Direzione Strategica

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

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

In Staff alla Direzione Generale si trova:

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

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

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

In staff alla Direzione Sanitaria si trova:

- Osservatorio Epidemiologico;

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

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

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

controllo di laboratorio relativo alla filiera del latte ed il supporto alle aziende zootecniche per quanto riguarda le patologie della mammella.

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

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

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

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

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

Completano il nuovo modello organizzativo i Dipartimenti funzionali.

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

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

E' con delibera del Direttore Generale n. 215 del 10 giugno 2021 che vengono nominati i Direttori dei Dipartimenti Funzionali.

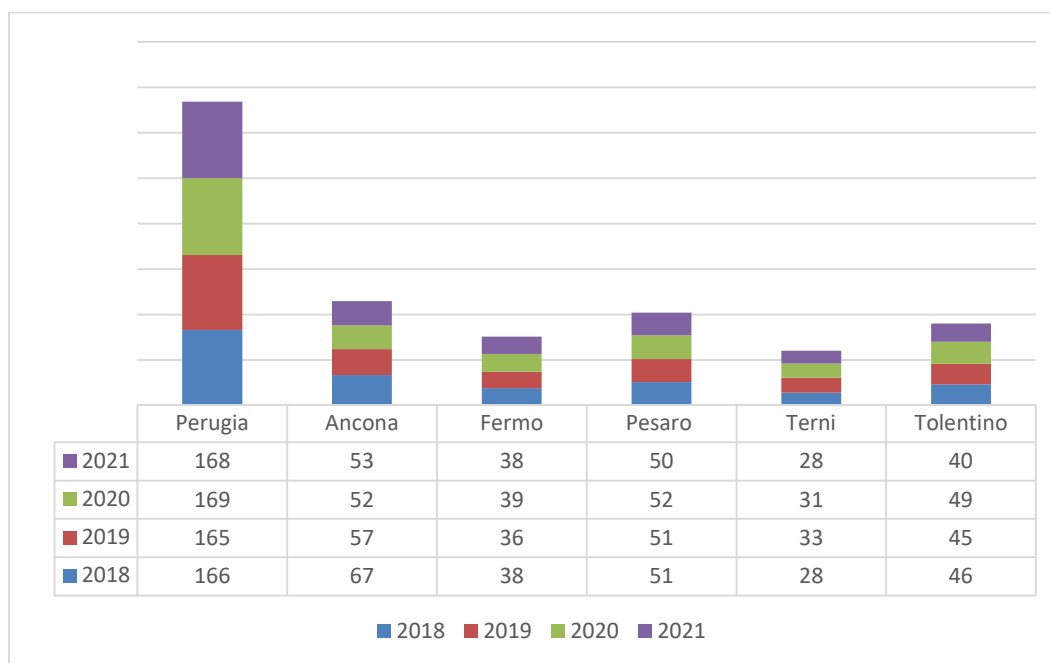
I tre Dipartimenti Funzionali sono:

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

➤ Sistema Qualità ¹⁸

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

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



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

¹⁸ Fonte: Relazione tecnica - Riesame della qualità 2021

➤ Sistema di accreditamento Agenas¹⁹

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

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

5.1.2.5 Le Risorse Umane dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati"

All'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" al 31.12.2021 operano 248 dipendenti a tempo indeterminato, 32 a tempo determinato di cui 30 ricercatori assunti con la qualifica di ricercatori sanitari e collaboratore professionale di ricerca sanitaria. Oltre alle suddette unità all'interno dell'Ente operano, nei limiti delle disponibilità di bilancio, delle norme di legge e per l'esecuzione di progetti finanziati (contributi regionali, nazionali ed internazionali) personale non dipendente con contratti di collaborazione coordinata e continuativa e borse di studio. Al 31/12/2021 erano presenti nell'Ente 48 risorse non dipendenti dell'Istituto di cui 3 co.co.co e 45 borsisti.

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

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

	Numero	Sesso		Età media	Anzianità di servizio media
		Uomini	Donne		
DIRIGENZA	57	24	33	53,86	17,98
Veterinaria	37	18	19	53,54	18,03
S.P.T.A.	20	6	14	54,45	17,90
COMPARTO	191	73	117	47,45	14,07
Sanitario	31	3	28	48,81	18,68
Tecnico	122	61	61	47,52	12,24
Amministrativo	38	9	29	46,11	16,18
TOTALE	248	97	151	48,92	14,97

L'età media dei dipendenti (48,92) è inferiore a quella nazionale del comparto sanità desunta dagli ultimi dati di conto annuale disponibili (anno 2019) e pari a 50,30, ma anche rispetto alla media dell'intero pubblico impiego fissata a 50,00 anni. Ciò è testimoniato anche dall'anzianità di servizio media fissata a 14,97 anni, valore che si trova al di sotto dell'ipotetica mediana dell'anzianità necessaria per il pensionamento (tra 20 e 22 anni).

¹⁹ Fonte: Relazione Tecnica 2019 e sito internet istituzionale

A livello numerico il personale dell'Istituto vede la presenza di 57 dirigenti di ruolo, corrispondenti al 22,98 % del totale delle risorse umane e di n. 191 unità di comparto pari al 77,02 %. Si giunge quindi a un rapporto personale del comparto su dirigente di 3,35. La dirigenza è composta da veterinari (37), biologi (9), chimici (5) e tecnici (1) e amministrativi (5). Il personale del comparto consta di 191 unità, suddiviso in personale tecnico (122 pari al 63,87% del comparto) a cui si aggiunge personale sanitario (31 pari al 16,23%) impegnato nelle diverse attività laboratoristiche e istituzionali previste. Il ruolo amministrativo del comparto conta n. 38 unità a tempo indeterminato (pari al 19,90%).

Per quanto riguarda la composizione di genere, nei diversi ruoli e categorie si trovano situazioni molto eterogenee. Complessivamente, la presenza femminile rappresenta il 60,48%, mentre nelle categorie della dirigenza sanitaria, del comparto sanitario ed amministrativo la presenza femminile supera il 73% del totale.

Per quanto riguarda l'età media e l'anzianità di servizio si segnalano due dati significativi. Il primo riguarda la differenza di età media tra il personale dirigente (53,86 anni) e personale del comparto (47,45 anni) pari a circa 6 anni. Ciò testimonia la presenza di percorsi di carriera verticale, dove, in genere, si accede ai ruoli apicali dell'organizzazione (ruoli dirigenziali), al culmine del proprio percorso professionale e dell'ottenimento di tutti quei titoli culturali e formativi necessari, spesso costituenti requisito di accesso obbligatorio nella stessa normativa.

5.1.2.6 Il sistema di relazioni tra il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (e Referenti) e i Direttori di Struttura e di Istituto

Il sistema di relazioni tra il RPCT (e Referenti) e i Direttori prevede un flusso di informazioni bidirezionale in modo che tutti gli attori si sentano responsabili di agire secondo i principi della prevenzione della corruzione e di comunicare, allo stesso tempo, eventuali situazioni di potenziale pericolosità.

Il flusso informativo bidirezionale avviene secondo la seguente sequenzialità:

- i Direttori sono tenuti a comunicare al RPCT e ai Referenti i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la redazione e il costante aggiornamento del PTPCT;
- il RPCT, coadiuvato dai Referenti, raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel PTPCT;
- il RPCT diffonde il PTPCT tramite pubblicazione sul sito istituzionale e comunicazione dello stesso ai singoli dipendenti e, coadiuvato dai Referenti, svolge azione di formazione e informazione in favore delle strutture dell'Ente.

Con cadenza almeno annuale, il RPCT in collaborazione con il sistema qualità provvede ad audit interni, sia pianificati che non, per l'acquisizione di informazioni utili alla redazione del Piano di monitoraggio sull'efficacia ed effettiva applicazione delle misure.

5.1.2.7 Soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo

L'adozione del PTPCT è soltanto una delle attività del più complesso sistema di gestione del rischio corruttivo, articolato nelle fasi elencate nella tabella che segue, recante anche l'indicazione dei compiti attribuiti ai soggetti coinvolti in ciascuna di esse:

FASE	ATTIVITA'	SOGGETTI COINVOLTI
Redazione del PTPCT	Promozione e coordinamento del processo di formazione del PTPCT	RPCT Assistente RPCT
	Individuazione dei contenuti del PTPCT	RPCT Assistente RPCT Referenti DA

Consultazione PTPCT	Pubblicazione in bozza del PTPCT sul sito web istituzionale	Assistente RPCT
Adozione del PTPCT	Deliberazione di adozione del PTPCT, in coerenza con il PNA	Delibera del DG su proposta del RPCT
Attuazione del PTPCT	Attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e delle iniziative previste dal PTPCT	Referenti in collaborazione con i Responsabili degli Uffici.
Monitoraggio e riesame periodico	Monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure e della loro idoneità, attraverso attività di audit, finalizzato anche al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema	RPCT Assistente RPCT Referenti del RPCT
Rendicontazione	Relazione annuale effettuata a seguito del monitoraggio e del riesame periodico, attività di relazione sull'efficacia delle misure previste dal PTPCT	RPCT
Proposte di miglioramento e aggiornamento del PTPCT	In base agli esiti del riesame periodico, attività di affinamento del sistema di gestione del rischio nell'ottica del miglioramento progressivo e continuo	RPCT Assistente RPCT Referenti del RPCT DA

5.2 Analisi S.W.O.T

La S.W.O.T. è uno strumento utile di supporto per rappresentare i risultati dell'analisi del contesto esterno ed interno e consente di ottenere una visione integrata degli esiti delle due fasi di analisi del contesto.

In questo modo l'amministrazione sarà nelle condizioni di individuare con ragionevole certezza i punti di forza interni all'organizzazione che potrebbero agevolare il raggiungimento degli obiettivi e i punti di debolezza che invece potrebbero rappresentare un ostacolo al raggiungimento degli stessi.

Essa sintetizza la rilevazione delle informazioni di contesto esterno in termini di minacce ed opportunità e la rilevazione di dati e di informazioni attinenti il contesto interno in termini di punti di forza e debolezza.

PUNTI DI FORZA (interni)	PUNTI DI DEBOLEZZA (interni)
• Età dei dipendenti più bassa della media nazionale • Competenza del personale • Interdisciplinarietà • Sistema qualità accreditato • Provider attività formativa Agenas (residenziale e FAD) • SIGLA -Anonimato del campione • Smart work – FAD • Personale della Ricerca • Attività Produttive	• Risorse Umane: personale con contratti a termine, mancato avvicendamento del personale, trasferimento delle competenze (prima della pensione), "fuga dei cervelli" • Difficoltà comunicazione tra le diverse strutture- COVID • Scarsa interazione tra i sistemi informativi • Sito web • Apparecchiature informatiche "obsolete" • Aggiornamento tariffario • Burocrazia interna • Risorse finanziarie limitate
OPPORTUNITA' (esterne)	MINACCE (esterne)
• Sviluppo di nuove attività – analisi molecolari Covid • Attività privatistica Convenzioni con utenti • Sviluppo di unità dedicate ad attività autocontrollo/ produzione vaccini • PNRR • Bandi di ricerca • Innalzamento livello di sicurezza informatica	• Emergenze sanitarie • Crisi economica del Paese /Aumento degli insoluti • Attuazione del Regolamento 625/2017 • Concorrenza • Attacchi informatici • Incapacità di fare rete II.ZZ.SS • Gestione fondi PNRR

5.3 Aree a rischio e mappatura dei processi

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

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

L' "ALLEGATO 2 – MAPPATURA DEI PROCESSI e VALUTAZIONE DEL RISCHIO" riportano le macro aree di attività individuate a rischio corruzione e, per ciascun processo, le attività a rischio del verificarsi di fenomeni corruttivi.

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

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

Nel corso del 2021 l'RPCT ha provveduto a fornire nuove schede al fine di uniformare la mappatura dei processi amministrativi e tecnico-sanitari. Attraverso quest'ultime e acquisiti sia gli elementi normativi che metodologici, tutti i dirigenti di struttura (area amministrativa e area tecnico-sanitaria) hanno provveduto alla revisione della mappatura di processo.

In particolare, per quanto concerne i processi amministrativi, ai fini dell'adozione del presente piano ciascun dirigente di struttura, per il proprio ambito di competenza, ha provveduto ad apportare le integrazioni/modifiche/revisioni ritenute opportune.

Per i processi afferenti l'area tecnico-sanitaria la mappatura dei processi è stata revisionata a partire dai lavori di gruppo condotti durante i corsi di formazione organizzati con esperti di Business Integration Partners (BIP) a cui ha partecipato tutto il personale dirigente.

5.4 Valutazione del rischio

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

La valutazione del rischio si è articolata in tre fasi:

- 1) **Identificazione:** è l'individuazione degli eventi rischiosi ed ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.
- 2) **Analisi:** ha come duplice obiettivo sia quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione sia quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.
- 3) **Ponderazione:** L'obiettivo è di "agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione"²⁰.

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

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

Al fine dell'identificazione del rischio è necessario:

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

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

- Scegliere l'approccio valutativo;
- Individuare i criteri di valutazione;
- Rilevare i dati e le informazioni;
- Formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Nella seconda metà del 2021 l'IZSUM ha revisionato l'approccio valutativo per l'attività di "analisi dei rischi" con l'obiettivo di valutare l'esposizione ad eventi rischiosi dei processi organizzativi (sia amministrativi che tecnico-sanitari) considerando come oggetto di analisi ogni attività del singolo processo in assenza di trattamento determinando così il **rischio inerente**.

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

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

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

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

²⁰ UNI ISO 31000:2010 Gestione del rischio – Principi e linee guida.

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

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

INDICE DI PROBABILITA'	
1. Richieste di accesso civico	Livello assegnato
misurato come numero di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato"	
Molto Probabile: ci sono state più di 2 richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.	
Probabile: ci sono state 2 richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.	
Moderatamente Probabile: c'è stata una richiesta di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.	
Poco Probabile: non ci sono state richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso dell'ultimo anno.	
Improbabile: non ci sono state richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" nel corso degli ultimi 2 anni.	
2. Richieste di accesso agli atti	Livello assegnato
misurato come numero di accesso agli atti	
Molto Probabile: ci sono state più di 2 richieste di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.	
Probabile: ci sono state 2 richieste di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.	
Moderatamente Probabile: c'è stata una richiesta di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.	
Poco Probabile: non ci sono state richieste di accesso agli atti nel corso dell'ultimo anno.	
Improbabile: non ci sono state richieste di accesso agli atti nel corso degli ultimi 2 anni.	
3. Livello di opacità del processo	Livello assegnato
misurato come rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	
Molto Probabile: ci sono stati più di 2 rilievi nel corso dell'ultimo anno	
Probabile: ci sono stati 2 rilievi nel corso dell'ultimo biennio	
Moderatamente Probabile: c'è stato un rilievo nel corso dell'ultimo anno	
Poco Probabile: non ci sono stati rilievi nel corso dell'ultimo anno	
Improbabile: non ci sono stati più rilievi nel corso degli ultimi 2 anni	
4. Segnalazioni, reclami	Livello assegnato
numero delle segnalazioni /reclami pervenuti a mezzo email, telefono, indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa equità	
Molto Probabile: ci sono stati più di due segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso dell'ultimo anno	
Probabile: ci sono stati due segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi due anni	

Moderatamente Probabile: c'è stato una segnalazione/reclamo in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuto nel corso dell'ultimo anno	
Poco Probabile: non ci stati segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso dell'ultimo anno	
Improbabile: on ci sono stati segnalazioni/reclami in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi due anni	
6. Adesione al PTPCT	Livello assegnato
misurato attraverso solleciti da parte del RPCT	
Molto Probabile: ci sono stati più di due solleciti nel corso dell'ultimo anno	
Probabile: ci sono stati 2 solleciti nel corso dell'ultimo biennio	
Moderatamente Probabile: c'è stato un sollecito nel corso dell'ultimo anno	
Poco Probabile: non ci stati solleciti nel corso dell'ultimo anno	
Improbabile: non ci sono stati più solleciti nel corso degli ultimi 2 anni	
7. Rilevanza degli interessi "esterni"	Livello assegnato
quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	
Molto Probabile: Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari	
Probabile: Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari	
Moderatamente Probabile: Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari	
Poco Probabile: Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante	
Improbabile: Il processo non dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari	

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

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

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

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

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

Marginale: Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio	
5. Danno organizzativo	Livello assegnato
Inteso come irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit)	
Estremo: Più di tre irregolarità nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione	
Alto: Tre irregolarità nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione	
Moderato: Una irregolarità nell'ultimo anno riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione	
Lieve: Nessuna irregolarità negli ultimi due anni riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione	
Marginale: Nessuna irregolarità negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione e corruzione	

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

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

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

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

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

FATTORI ABILITANTI	
1. Discrezionalità	Livello assegnato
Focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti in relazione alle responsabilità attribuite	
Molto Elevati: Discrezionalità totale sia nella definizione degli obiettivi operativi.	
Elevanti: Ampia discrezionalità nella definizione di obiettivi operativi, presenza di prassi operative (parziali)	
Moderati: Definizione di obiettivi in aderenza alla prassi operativa.	
Scarsi: Scarsa discrezionalità in termini di obiettivi da adottare, sono presenti documenti di riferimento..	
Nulli: Assenza di discrezionalità in termini di obiettivi operativi.	

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

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

eccesso.

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

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

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

La valutazione del rischio dei processi è riportata all' ALLEGATO 2 – MAPPATURA DEI PROCESSI e VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

A tal fine, i responsabili di struttura hanno progettato l'attuazione di misure specifiche, puntuali e sostenibili prevedendo scadenze ragionevoli. Infatti per ogni attività del singolo processo sono state riportate, all'interno di una apposita scheda fornita dall'RPCT, le misure generali, le misure specifiche già adottate con il relativo stato di attuazione al primo gennaio 2022 e la pianificazione di ulteriori misure specifiche.

In merito alla programmazione sono state individuate le tempistiche di attuazione delle misure nel triennio 2022-2024 con i relativi indicatori e il target da raggiungere al fine di monitorare ed eventualmente agire tempestivamente per la corretta attuazione delle stesse.

Tale metodologia è stata applicata a tutti i processi, sia amministrativi che tecnico-sanitari.

5.6 Monitoraggio, verifica e controllo

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

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio e riesame.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'attuazione e adeguatezza delle misure di prevenzione nonché del complessivo funzionamento del processo stesso al fine di consentire di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio.

Il **monitoraggio** è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

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

Rientrano tra le misure di monitoraggio:

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

Nel corso del 2021 è stata definita una check list ad uso interno da utilizzare durante gli audit presso le strutture sanitarie dell'IZSUM al fine di monitorare lo stato di attuazione delle misure messe in atto per prevenire eventi corruttivi o di mala administration. La check list è suddivisa nelle seguenti sezioni:

- Codice di Comportamento;
- Conflitto di interessi;
- Svolgimento di incarichi esterni;
- Anonimato del Campione;
- Dichiarazione di infungibilità.

Nel secondo semestre 2021 è stata eseguita una prima visita ispettiva interna presso la Struttura Complessa Diagnostica Generale Umbria (DIAGU3).

6. MISURE ORGANIZZATIVE DI CARATTERE GENERALE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

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

6.1 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

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

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

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

procedimenti di natura corruttiva.

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

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

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

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

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

6.2 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower)

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

La disciplina è stata poi riformata con la legge n. 179 del 30 novembre 2017 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"* che potenzia l'istituto del Whistleblowing prevedendo l'applicazione di sanzioni pecuniarie afflittive. ANAC con Delibera n. 469 del 9 giugno 2021 ha adottato *"Le linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. Whistleblowing)"*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nei primi mesi del 2021 l'IZSUM ha acquisito un nuovo portale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e la tutela del segnalante. Il nuovo portale, "IZSUM –Whistleblowing", utilizza la tecnologia open source Globaleaks che garantisce l'anonimato del segnalante. Il trasferimento di file e mail avviene in maniera sicura mediante crittografia grazie alla configurazione, nel portale stesso, di una coppia di chiavi PGP che ne permettono appunto sia la crittazione che la decrittazione. E' possibile fare una segnalazione mediante l'inserimento delle informazioni nel nuovo portale accessibile all'indirizzo <https://whistleblowing.izsum.it/#/>. La presenza di una nuova segnalazione sarà notificata al RPCT dell'Istituto tramite mail dal contenuto criptato. Registrando la segnalazione sul portale il sistema rilascia un codice identificativo univoco di 16 cifre (key code) utilizzabile per favorire in maniera spersonalizzata il dialogo tra il Whistleblower con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Con il documento **Policy WHISTLEBLOWING IZSUM 2021** pubblicato alla voce "Whistleblowing - Segnalazione di illeciti" della sezione "Altri contenuti" di Amministrazione Trasparente, che è parte integrante del presente piano, l'IZSUM modifica la sua "*Whistleblowing Policy*" allineandosi alle ultime linee guida in vigore e fornisce indicazioni operative sull'oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni. Il documento è stato adottato con la Direttiva Aziendale del 13.12.2021

Nel corso dell'anno 2021 non sono pervenute segnalazioni.

6.3 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, in caso di particolari attività o incarichi precedenti – incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

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

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

- **incarichi amministrativi di vertice:** incarichi di livello apicale quali, tra l'altro, quello di Direttore Generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione

o all'ente che conferisce l'incarico che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione (art. 1, comma 2, lett. i);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tramite comunicazione a mezzo mail del 27 gennaio 2022 è stata richiesta a tutti i dirigenti dell'IZSUM di

conferire la dichiarazione annuale di insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità; al 31 Gennaio 2022 le dichiarazioni risultano pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente dell'IZSUM.

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

6.4 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

Nel corso del 2020 sono state intraprese attività per migliorare la comunicazione cercando di rendere il sito web istituzionale maggiormente dinamico come:

- inserimento di un carosello dinamico;
- maggiore usabilità della sezione Amministrazione Trasparente;
- indicazioni rivolte all'utenza per le nuove modalità di pagamento (PAgoPA);
- Accesso più sicuro grazie SPID.

6.5 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

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

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

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

6.6 Trasparenza

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

Nella sezione “Amministrazione Trasparente” sono pubblicati tutti i dati, le informazioni e gli atti previsti dall'**ALLEGATO 4 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE**. Tale allegato prevede anche il responsabile della pubblicazione. L'elenco è riesaminato contestualmente alla revisione del Piano triennale. L'Istituto si impegna a pubblicare i dati, rispettando le disposizioni comunitarie e nazionali in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali. Ci si

impegna, pertanto, a rendere non intellegibili i dati personali non pertinenti, sensibili o giudiziari che non siano indispensabili alle finalità di trasparenza della pubblicazione e a non diffondere dati personali in mancanza di idonei presupposti normativi. Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso alle informazioni previste dalla normativa vigente nonché quelli relativi alla diffusione dei dati sensibili (l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale).

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

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

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

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

A seguito della riorganizzazione, con Disposizione del Direttore Generale n. 3 del 18 febbraio 2021 vengono adeguate le responsabilità per le pubblicazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale approvando quindi un nuovo prospetto, allegato al presente Piano quale parte integrante e sostanziale (ALLEGATO 1 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE).

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

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

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

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

In merito all'emergenza COVID in attuazione al Comunicato del Presidente ANAC del 9.4.2020 l'Istituto ha pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente alla voce "Interventi straordinari e di emergenza" i provvedimenti adottati dall'Ente in riferimento alle erogazioni liberali in natura, in particolare per il materiale consegnato all'IZSUM dalla Protezione Civile.

6.7 Codice di comportamento aziendale

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

Il codice di comportamento è pubblicato nel sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Per l'adozione del Codice di Comportamento sono state curate le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge.

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

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

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

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

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

6.8 Conflitto di interessi

Il conflitto di interesse si realizza quando un interesse privato del dipendente (interesse secondario) interferisce, anche potenzialmente, con l'interesse pubblico (interesse primario) che egli deve perseguire.

Il principio di imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione trova piena realizzazione con l'obbligo, da parte del dipendente che si trovi in una situazione di conflitto di interesse anche potenziale, di astenersi dal partecipare all'attività istituzionale.

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

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

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

L'art. 13, comma 3, del DPR n. 62/2013 prevede che il Dirigente, prima di assumere le proprie funzioni, comunichi per iscritto all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica svolta e dichiari l'esistenza di parenti o affini che versino in situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'attività dell'ufficio diretto.

Per quanto attiene ai collaboratori è stata predisposta apposita dichiarazione, da sottoporre al momento del conferimento dell'incarico, che attesti l'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto di interesse, come previsto dall'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., come modificato dalla Legge n. 190/2012.

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

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

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

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

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

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

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

6.9 Formazione

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

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

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

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

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

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

Si riportano di seguito i corsi effettuati nel 2021 in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione dal personale dipendente dell'IZSUM.

N. Corsi	ECM si/no	ORGANIZZATORE	Sede	Data	Titolo Evento	N. partecipanti	Partecipante	Ore formazione	Ore formazione /UOMO
FORMAZIONE ESTERNA									
1	NO	Certiquality	WEB	10/02/2021	Il sistema di gestione del rischio corruzione alla luce della norma ISO 37001 e del PNA	2	Capuccella Marinella Berretta Chiara	3	6
2	NO	Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica Villa Umbra	WEB	27/10/2021	La disciplina in tema di conflitto di interessi e l'attività amministrativa	4	Capuccella Marinella Berretta Chiara Sannipola Gini Fiorucci Sonia	4	16
3	NO	NA - Scuola Nazionale dell' Amministrazione	Blended	15- 26/11/2021	La funzione dei Responsabili e Referenti dell'Anticorruzione - Corso Avanzato	1	Capuccella Marinella	26	26
4	NO	SNA - Scuola Nazionale dell' Amministrazione	WEB	16/11/2021	Il Whistleblowing - in collaborazione con ANAC	2	Capuccella Marinella Berretta Chiara	5	10

N. Corsi	ECM si/no	ORGANIZZATORE	Sede	Data	Titolo Evento	N. partecipanti	Partecipante	Ore formazione	Ore formazione /UOMO
FORMAZIONE INTERNA									
1*	NO	ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELL'UMBRIA E DELLE MARCHE	E- LEARNING (FAD asincrona)	Disponibile dal 10/12/2020 al 31/12/2021	Prevenzione alla corruzione e trasparenza" Corso Base	91	Personale IZSUM inclusi borsisti e Co.co.co. Che non hanno effettuato formazione in materia	1	91
2	SI	SCUOLA UMBRA DI AMMINISTRAZIONE PUBBLICA	E- LEARNING (FAD asincrona)	24 e 25/03/2021	IL PTPCT: revisione mappatura dei processi, valutazione dei rischi e misure di prevenzione alla corruzione	73	Personale IZSUM	8	584
TOTALE						173		47	733

7. MISURE SPECIFICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

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

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

sistema qualità. Il manuale della qualità è stato il primo documento ad essere prodotto in modalità “digitale” (2014) mediante la piattaforma per la gestione documentale dell’IZSUM che consente di gestire i documenti e automatizzare i processi aziendali. Sono stati quindi sviluppati dei workflow per la redazione, approvazione, pubblicazione e distribuzione dei documenti. Tramite i workflow vengono definite una serie di regole procedurali, con le quali il sistema in automatico veicola le attività (es. approvazione di una procedura, presa in carico) da un utente ad un altro, tracciandone i tempi e l’operatività. Il lavoro di sviluppo dei flussi del sistema documentale è stato portato a compimento sulla base delle necessità del sistema qualità di personalizzare i flussi di lavoro ed ottenere un processo informatizzato *ad hoc*. Le attività di sviluppo dei flussi sono iniziate dal 2019 ed hanno consentito di giungere all’obiettivo nel 2020. Il 15 aprile del 2021 è entrato in produzione e a pieno regime il nuovo sistema di Gestione Documentale della Qualità.

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

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

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

8. RESPONSABILITA' E ALTRE SANZIONI

Il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 1, commi 12,13 e 14 della Legge 190/12.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti, dei responsabili delle posizioni organizzative e dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano della prevenzione della corruzione.

La mancata o incompleta pubblicazione da parte dei responsabili dei servizi delle pubblicazioni previste dall'art. 1, commi 15,16,29 e 30 della Legge n. 190/12, comporta responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i..

I ritardi degli aggiornamenti dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili dei servizi (art. 1, comma 33 della L. 190/12).

La violazione dei doveri relativi all'attuazione del presente Piano, è fonte di responsabilità disciplinare, nonché di responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di obblighi, leggi o regolamenti.

9. COORDINAMENTO TRA IL PTPCT E PERFORMANCE

L'esigenza di integrare alcuni aspetti del PTPCT e del Piano della performance è stata chiaramente indicata già da tempo dal legislatore e più volte sottolineata dalla stessa Autorità. Secondo quanto indicato all'art. 1, co. 8 della L. 190/2012, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza devono costituire contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale. Con l'introduzione del PIAO (legge n.80/2021) diventa evidente che debba esistere un unico documento di programmazione e governance in cui i diversi piani, compreso quello delle Performance, devono confluire.

L'art. 44 del D. Lgs. 33/2013 rafforza tra il PTPCT e il Piano Performance l'interazione in quanto prevede che l'OIV ed altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della performance e valutino l'adeguatezza dei relativi indicatori. E' auspicabile che i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione siano utilizzati sempre dagli OIV ai fini della misurazione e valutazione delle performance - sia organizzativa, sia individuale - del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

L'Istituto dalla fine del 2021 sta effettuando un corso di formazione in cui sono coinvolti tutti dei processi aziendali come individuato dal regolamento e i dirigenti amministrativi e tecnici a supporto della governance aziendale per ridefinire con una logica di ampia partecipazione il Piano delle performance.

Così come è stato negli anni precedenti, anche nel Piano delle Performance triennio 2022-2024 il tema della cultura della legalità e della trasparenza un'importanza riveste strategica. Infatti nell'ambito dell'area strategica "Governance Interna", è stato inserito l'obiettivo strategico: *"Promuovere e sviluppare la cultura della legalità, della trasparenza e della qualità"*, con il fine di passare da un approccio formale ad uno sostanziale, affinché tali tematiche diventino vera espressione della cultura aziendale da esplicitarsi nelle attività ordinarie.

Il RPCT terrà conto dei risultati emersi nella Relazione delle performance, per effettuare un'analisi sulle eventuali criticità emerse e comprendere le ragioni/cause in base alle quali si sono verificati gli scostamenti rispetto ai risultati attesi al fine di programmare le misure correttive per implementare e migliorare il PTPCT.

11. CALENDARIO DELLA PROGRAMMAZIONE 2022-2024

Nell'ottica della progressiva implementazione del processo di programmazione, attuazione e sviluppo delle azioni di intervento indicate nel presente documento, l'IZSUM si impegna a rispettare nell'arco temporale del triennio di riferimento 2022-2024, il cronoprogramma delle attività nella seguente tabella:

Termini di attuazione	Azioni previste	Soggetto competente
Entro il 31 Gennaio di ogni anno (proroga ANAC 30 aprile 2022)	Aggiornamento del PTPCT e proposta del documentazione agli stakeholder.	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - Assistente RPCT
	Approvazione del PTPCT (PIAO).	DG
Non oltre un mese dall'adozione	Pubblicazione del Piano triennale 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	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - Assistente RPCT
31 gennaio	Trasmissione file XML ad ANAC per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture Art. 1 comma 32 Legge 190/2012	Assistente RPCT
Scadenze differenziate	Individuazione dei dipendenti da inserire nei programmi di formazione	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
Entro il 30 Novembre di ogni anno (salvo proroghe del PTCT)	Presentazione al Responsabile della prevenzione della corruzione da parte dei dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali di una relazione riguardante: - l'analisi delle azioni e l'eventuale revisione delle procedure riferite a ciascun anno ; - le attività poste in essere per l'attuazione delle regole di legalità ed integrità del Piano;	Responsabili delle articolazioni organizzative
Entro 15 dicembre (salvo eventuale proroga disposta da ANAC)	Predisposizione e pubblicazione da parte del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza della relazione annuale sull'esito dell'attività svolta sulla base della presentazione dei responsabili delle articolazioni organizzative.	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - Assistente RPCT
Entro il 31 dicembre di ogni anno	Realizzazione di almeno un audit interno per il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza in collaborazione team audit di cui fa parte l'Assistente RPCT

12.DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente contenuto nel presente Piano trovano applicazione le norme dettate dalla Legge n. 190/12 e da altre norme da essa richiamate o che saranno emanate in materia. Il presente Piano verrà adeguato/integrato/modificato in relazione alle indicazioni che verranno fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) con ulteriori atti di indirizzo o a successive norme emanate in materia.

ALLEGATO 1 - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

ALLEGATO 2 - MAPPATURA DEI PROCESSI e VALUTAZIONE DEL RISCHIO

ALLEGATO 3 - MISURE APPLICATE

13. CONSULTAZIONE PUBBLICA DEL PTPCT 2022-2024

Il presente piano è stato pubblicato nella sezione *Amministrazione Trasparente*, sotto sezione *Altri Contenuti* alla voce *Bozze PTPCT in consultazione* prima dell'approvazione finale. Al fine di garantire il più ampio coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli stakeholder, l'IZSUM ha pubblicato l'avviso sulla home page del proprio sito istituzionale avviando così la procedura aperta di consultazione finalizzata ad acquisire proposte e/o osservazioni al Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024 tramite un apposito modulo.

Al termine della fase di consultazione, non sono pervenute proposte e/o osservazioni.

Perugia, 27.04.2022