

IZS

T E R A M O



ISTITUTO
ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE
DELL'ABRUZZO
E DEL MOLISE
"G. CAPORALE"



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025/2027

A cura di

Anna Di Pancrazio

Lejla Valerii

Janet Verrocchio

Vanessa Maria Mancini



TERAMO
/

ISTITUTO
ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE
DELL'ABRUZZO
E DEL MOLISE
"G. CAPORALE"

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025/2027

Indice

PREMESSA	4
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA	6
1.1 Il Contesto interno	6
1.1.1 Le funzioni e i compiti dell'IZS – Teramo	7
1.1.2 L'assetto organizzativo	12
1.1.3 Le risorse economico-patrimoniali	20
1.2 Il Contesto esterno	23
1.2.1 Il territorio di competenza amministrativa	23
1.2.2 Le imprese	24
1.3 I portatori di interessi	25
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	27
2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico	27
2.2 Sottosezione di programmazione – Performance	31
2.2.1 La programmazione annuale	31
2.2.2 La Performance organizzativa e individuale	33
2.2.3 Le Azioni Positive	34
2.2.4 La Promozione delle pari opportunità di genere	35
2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza	38
2.3.1 Premessa	38
2.3.2 Scopo	38
2.3.3 Riferimenti normativi	39
2.3.4 Termini e definizioni	41
2.3.5 Contesto dell'organizzazione	42
2.3.6 Leadership	60
2.3.7 Pianificazione	64
2.3.8 Trasparenza	78
2.3.9 Obiettivi per la prevenzione della corruzione e pianificazione per il loro raggiungimento	80
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE, CAPITALE UMANO	81
3.1 Sottosezione di programmazione: Il Fabbisogno del personale	81
3.1.1 L'IZSAM e il relativo personale	82

3.1.2. Programmazione delle assunzioni 2024–2026	83
3.2 Sottosezione di programmazione: Il Lavoro Agile	85
3.3 Sottosezione di programmazione: Le strategie di formazione del personale	88
3.5 Sottosezione di programmazione: L'accessibilità digitale	90
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO.....	91

Premessa

Il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2025/2027 è un documento unico che riunisce e sostituisce molti dei piani obbligatori per legge, come quelli relativi a performance, anticorruzione, azioni positive, lavoro agile, fabbisogni e formazione del personale. In particolare, la Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione è articolata nelle sottosezioni di programmazione: Valore Pubblico; Performance; Rischi corruttivi e trasparenza. La Sezione Organizzazione e Capitale Umano si divide in: Fabbisogno di personale, Organizzazione del lavoro agile, Azioni Positive, Promozione delle pari opportunità di genere e Piano triennale della formazione. Il PIAO si configura come uno strumento integrato e semplificato, progettato per migliorare la qualità dei processi, favorirne l'integrazione e orientare ogni attività verso il raggiungimento di risultati concreti e misurabili. Il suo **obiettivo** principale è quello di allineare la programmazione alla **creazione di Valore Pubblico**, ossia alla capacità dell'ente di rispondere alle aspettative dei cittadini e generare benessere tangibile per la comunità. Con il PIAO, la misurazione del successo passa attraverso l'analisi dei risultati raggiunti, valutati in base alla soddisfazione delle persone e al grado di realizzazione del Valore Pubblico. Un approccio innovativo, che mette al centro i destinatari dell'azione amministrativa, per un futuro più trasparente, efficace e partecipativo. Il PIAO, con una **durata triennale** e aggiornamenti annuali, permette di adeguare costantemente la pianificazione agli obiettivi strategici dell'Ente e al Valore Pubblico atteso. La sua redazione si basa su un preciso quadro normativo, che include il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 (convertito in Legge 113/2021), relativo al rafforzamento amministrativo per l'attuazione del PNRR; il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, che regola gli adempimenti assorbiti dal PIAO e il regolamento del Dipartimento Funzione Pubblica (30 giugno 2022, n. 132), che ne definisce i contenuti e lo schema. Inoltre, il presente documento trae ispirazione dalle esperienze dei PIAO di altri enti, disponibili sul portale nazionale PIAO (<http://piao.dfp.gov.it>).

Alla base del PIAO vi sono alcuni **principi** fondamentali come la **trasparenza**, garantita in ogni fase del ciclo della performance come stabilito dall'art. 11, comma 3, del D.Lgs. 150/2009 che si traduce ad esempio nella pubblicazione del Piano sul sito istituzionale dell'IZS, nella sezione Amministrazione Trasparente, e sul portale della Funzione Pubblica. La **verificabilità** degli obiettivi che è assicurata attraverso indici e indicatori oggettivi e percentuali di raggiungimento. Il principio della **chiarezza** che orienta la struttura del documento per renderlo comprensibile a tutti gli stakeholder, sia interni che esterni. Il PIAO è anche improntato al principio della **coerenza**, garantendo un allineamento tra il contesto operativo, le risorse disponibili e le linee strategiche definite dal Piano Strategico dell'Ente.

Il **principio della partecipazione** tuttavia merita un rafforzamento ulteriore per consolidare il legame tra l'Istituto, i professionisti interni e gli stakeholder esterni. Sebbene il PIAO nasca da un percorso condiviso, volto a definire strategie e obiettivi attraverso una visione comune, è essenziale estendere questa partecipazione anche alle fasi successive di monitoraggio e controllo. Solo così sarà possibile costruire un processo realmente inclusivo e dinamico, in cui il contributo di tutti gli attori coinvolti possa influenzare positivamente sia l'attuazione che la revisione delle azioni programmate. Per questo, l'Istituto si impegna a semplificare ulteriormente gli strumenti di pianificazione e programmazione, rendendoli più accessibili e comprensibili, con l'obiettivo di favorire un'interazione continua e trasparente. Al centro di questo impegno vi è la **misurazione dell'impatto**, che sarà sempre più orientata all'utilizzo di indici e indicatori capaci di valutare il **grado di soddisfazione dell'utenza**, individuando aree di miglioramento e opportunità per accrescere il Valore Pubblico generato. La partecipazione attiva e strutturata rappresenta un elemento cruciale per garantire la sostenibilità e l'efficacia delle attività svolte. Occorrerà, dunque, introdurre metodologie di consultazione periodica, piattaforme digitali di monitoraggio condiviso e report trasparenti

per consentire a tutti gli stakeholder di contribuire in modo attivo non solo nella fase della scelta delle strategie.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" (IZSAM), parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale, opera con una **missione** chiara e ambiziosa: *affrontare le sfide della Salute Unica in una prospettiva globale – One Health*. Con questo approccio integrato, l'Istituto si impegna a garantire la salute animale, umana e ambientale, rispondendo con efficacia ai bisogni dei propri stakeholder. Il **PIAO** è, dunque, uno strumento centrale per rafforzare il ruolo dell'IZS di Teramo, che continua a distinguersi per il suo approccio integrato alla salute, per una gestione moderna e trasparente e per il suo impegno costante nella creazione di valore per la comunità.

Sezione 1 – Scheda anagrafica

1.1 Il Contesto interno

Denominazione: Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale"

Telefono 0039 0861 3321

e-mail: archivioprotocollo@izs.it

Posta elettronica certificata: protocollo@pec.izs.it

Partita Iva: 00060330677 **Codice Fiscale:** 80006470670



<https://www.izs.it/IZS/>



<https://www.youtube.com/user/izscaporaleteramo>



https://www.facebook.com/izs.it/?locale=it_IT



<https://it.linkedin.com/in/izsamabruzzoemolisegcaporale>



<https://issuu.com/istitutog.caporale>

L'Istituto è un ente sanitario di diritto pubblico, dotato di personalità giuridica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Opera come strumento tecnico-scientifico dello Stato e delle Regioni Abruzzo e Molise, garantendo ai Servizi veterinari pubblici le prestazioni analitiche e la collaborazione tecnico-scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di Sanità Pubblica Veterinaria e della Sicurezza degli alimenti. La funzione di raccordo e coordinamento delle attività dei 10 Istituti Zooprofilattici Sperimentali distribuiti sul territorio nazionale è svolta dalla Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari del Ministero della Salute che ne definisce le linee guida e le tematiche principali.

L'IZS – Teramo, fondato il 2 settembre del 1941 a Teramo, dove è ubicata ancor'oggi la sede centrale, ed è il più "giovane" degli istituti Zooprofilattici Sperimentali (II.ZZ.SS.), e fa parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Ci sono inoltre 5 sedi diagnostiche territoriali, in Abruzzo e Molise, dislocate ad Avezzano (L'Aquila, Abruzzo), Pescara (Abruzzo), Lanciano (Chieti, Abruzzo), Campobasso (Molise) e Isernia (Molise). A Termoli (Campobasso, Molise) ha sede il Centro Sperimentale Regionale per la Pesca ed Acquacoltura. (Tabella 1 e Figura 1).

Tabella 1. Le sedi dell'IZSAM.

Sede	Indirizzo	Telefono	e-mail
Teramo	Campo Boario, Teramo	+39 0861 3321 +39 0861 332251	protocollo@pec.izs.it
Avezzano	Contrada Caruscino 7, L'Aquila	+39 0863 59177	avezzano@izs.it
Campobasso	Via Garibaldi 155, Campobasso	+39 0874 311109	campobasso@izs.it
Isernia	Contrada Breccelle, Isernia	+39 0865 414619	isernia@izs.it
Lanciano	Viale S. Antonio 8, Chieti	+39 0872 713102	lanciano@izs.it
Pescara	Via Raiale 118, Pescara	+39 085 54308	pescara@izs.it
Termoli	Viale Marinai d'Italia, Campobasso	+39 0875 81343	termoli@izs.it

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati IZSAM

Figura 1. La rete degli II.ZZ.SS.



Fonte Elaborazione Struttura Semplice (SS) “Statistica e GIS” dati IZS – Teramo

Si specifica, inoltre, che la struttura del Centro Internazionale per la Formazione e l'Informazione Veterinaria (CIFIV) “Francesco Gramenzi” è ospitata in una residenza di campagna a Colleaterrato, nelle colline teramane.

1.1.1 Le funzioni e i compiti dell'IZSAM

L'IZSAM contribuisce al benessere dell'uomo attraverso l'applicazione delle scienze veterinarie utilizzando l'approccio **One Health**.

Le funzioni dell'Istituto sono state definite dalle leggi di riordino delle Regioni di competenza (Legge della Regione Molise n. 2 del 04/03/2015 e n. 41 del 29/11/2014 della Regione Abruzzo – così come modificata dalla L.R.A n.6 del 24/03/2015) adottate in applicazione del D.Lgs. n. 106 del 2012 “Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183”.

I compiti istituzionali sono: la ricerca sperimentale sull'eziologia e la patogenesi delle malattie infettive e diffuse degli animali domestici e selvatici; l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; gli esami per la diagnosi di laboratorio delle malattie animali, comprese le zoonosi (malattie degli animali e degli alimenti trasmissibili all'uomo), per la sicurezza microbiologica e chimica degli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana e dei mangimi zootecnici; la sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, dell'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti di origine animale; la produzione di vaccini, reagenti e prodotti immunologici per la profilassi e la diagnosi delle malattie animali; la consulenza, l'assistenza e l'informazione sanitaria agli allevatori per la bonifica sanitaria e il miglioramento igienico delle produzioni animali; la formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori di sanità pubblica veterinaria. Lo statuto dell'IZSAM è disponibile al seguente link:

https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/statutoIZSAM_regione_abruzzo.pdf

Centri di Eccellenza

Le competenze specialistiche dell'Istituto sono riconosciute dal Ministero della Salute con la designazione di Centri di Riferenza Nazionale (CNR) e Laboratori Nazionali di Riferimento

(LNR). Rappresentano uno **strumento operativo di elevata competenza nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica** e sono responsabili dell'uso corretto da parte dei laboratori ufficiali dei metodi stabiliti nei regolamenti della Commissione europea, permettendo di giungere a risultati solidi, affidabili e comparabili. Si tratta di veri e propri Centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni internazionali con le quali collaborano.

I compiti e le funzioni sono stabiliti dal D. M. 4 ottobre 1999 e dal Regolamento (UE) n. 625/2017 e sono finalizzate, tra l'altro, a: confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori; attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; avviare idonei “prove interlaboratorio”, tra i laboratori ufficiali; utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; predisporre piani d'intervento; fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche; progettare, sviluppare e produrre sistemi informativi, collaborare con altri centri di riferimento comunitari o di paesi terzi.

I CRN e LNR sono anche punto di riferimento delle Organizzazioni Internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (WOAH) e l'Agenzia delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO).

Dette organizzazioni, al fine di favorire la crescita dei Paesi membri, chiedono ai CRN di mettere a disposizione le proprie tecnologie ed i servizi, i prodotti diagnostici e profilattici, nonché le loro strutture di formazione.

Oltre al Ministero, anche le istituzioni europee e sovranazionali hanno riconosciuto all'IZS – Teramo ruoli di eccellenza designandolo centro o laboratorio di riferimento. Le tabelle seguenti elencano i riconoscimenti dell'Ente a livello centrale (Tab.2) e internazionale (Tab.3) mentre per i dettagli dei compiti si rimanda al seguente link:

<https://www.izs.it/IZS/Eccellenza>

Tabella 2. Centri di Eccellenza IZSAM Livello Nazionale e Regionale.

Centro di Referenza Nazionale (CNR) per	Laboratorio Nazionale di Riferimento (LNR) per	Regioni
Studio e l'accertamento delle Malattie Esotiche degli animali (CESME)	<i>Campylobacter</i>	Regione Abruzzo
Epidemiologia veterinaria, la programmazione, l'informazione e l'analisi del rischio (COVEPI)	<i>Listeria monocytogenes</i>	Centro di Educazione Ambientale della Regione Abruzzo
Brucellosi (BRC)	Inquinanti organici persistenti alogenati nei mangimi e negli alimenti	Osservatorio Epidemiologico Veterinario della Regione Abruzzo (O.E.V.R.A.)
Igiene urbana veterinaria e le emergenze non epidemiche (IUVENE)	Brucellosi	Laboratorio Regionale di Riferimento per gli Enterobatteri Patogeni
Sequenze Genomiche di microrganismi patogeni: banca dati e analisi di bioinformatica (GENPAT)	Febbre catarrale degli ovini (Bluetongue)	Laboratorio Regionale di Riferimento per la sorveglianza umana, entomologica e veterinaria delle Arbovirosi
Inoltre per il Ministero della Salute l'IZS - Teramo è Centro Servizi Nazionale (CSN)	Peste equina	Regione Molise
	Peste dei Piccoli Ruminanti	Centro Sperimentale Regionale per la Pesca ed Acquacoltura
	<i>Capripox Viruses</i>	

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati IZSAM

Tabella 3. Centri di Eccellenza IZSAM del livello Internazionale.

Unione Europea	World Organisation for Animal Health	Centro di Riferenza Food and Agriculture Organization FAO
Centro di Riferenza dell'Unione Europea per il benessere dei ruminanti e degli equidi	Centri di Collaborazione	per One Health
Laboratorio di Riferimento dell'Unione Europea (EURL) per la Rift Valley Fever	Sicurezza alimentare e produzione animale	Epidemiologia veterinaria
	Benessere animale, in collaborazione con il "Department of Animal Environment and Health" – Svezia	Coronavirus Zoonotici
	Brucellosi	La Salute Animale e la Sicurezza Alimentare (diviso in sei aree tecniche, di cui quattro sono state assegnate all'IZS Teramo: Brucellosi, Lumpy Skin Disease, Veterinary Database e Benessere Animale)
	Epidemiology, modelling and surveillance	
	Formazione veterinaria e capacity building	
	Laboratori di Riferenza	
	Le Brucellosi (<i>Brucella abortus</i> , <i>Brucella melitensis</i> , <i>Brucella suis</i> e <i>Brucella ovis</i>)	
	Pleuropolmonite Contagiosa Bovina	
	Bluetongue	
	West Nile Disease	

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati IZSAM

Ricerca

I ricercatori dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" sono impegnati quotidianamente nella ricerca sperimentale sull'origine, diffusione e diagnosi delle malattie infettive degli animali, anche a carattere zoonosico, e sull'igiene delle produzioni alimentari. La ricerca dell'Istituto si realizza principalmente in alcune aree di competenza quali: Sanità animale, Sicurezza alimentare, Epidemiologia e Analisi del rischio, Relazione uomo-animale e Benessere animale e Biologia delle acque marine e superficiali.

Il Ministero della Salute è il principale sostenitore delle attività di ricerca nazionale dell'Istituto, che finanzia attraverso la quota di Fondo Sanitario Nazionale dedicata alla ricerca sanitaria (Art 12, D.Lgs. 502/92) e, in particolare, attraverso i programmi di Ricerca Corrente e Ricerca Finalizzata. Le attività di Ricerca Corrente sono realizzate mediante progetti istituzionali di durata biennale che vengono finanziati attraverso uno stanziamento annuale a favore degli II.ZZ.SS. e tra essi ripartito sulla base dei risultati conseguiti nel triennio precedente. Le linee di indirizzo del programma di ricerca sono individuate dal Ministero della Salute che le determina con cadenza triennale nell'ambito di Sanità e Benessere Animale e Sicurezza Alimentare. Differentemente, il programma di Ricerca Finalizzata finanzia progetti di ricerca, presentati da Enti organici al Sistema Sanitario Nazionale (tra cui gli II.ZZ.SS.), che subiscono una valutazione competitiva gestita direttamente da parte del soggetto finanziatore, il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti internazionali nei settori di riferimento. I bandi di Ricerca Finalizzata non hanno una cadenza stabile e, generalmente, vengono pubblicati ogni due/tre anni.

A livello nazionale la ricerca dell'Istituto è sostenuta anche da altri soggetti pubblici. Tra gli altri il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF), il Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR), le Regioni Abruzzo e Molise anche attraverso la gestione di fondi di origine europea strutturali e di investimento (FESR, FSE, FC, FEASR, FEAMP) e altri fondi a gestione indiretta (Horizon Europe, ERA-Net, Art.175 TFUE, etc...).

Le attività di ricerca dell'Istituto non sono finanziate esclusivamente da soggetti nazionali ma abbracciano anche la dimensione internazionale attraverso la partecipazione a progetti di ricerca in collaborazione con le principali Istituzioni europee ed Internazionali in ambito veterinario. Il principale finanziatore internazionale della ricerca dell'Istituto è l'Unione Europea, in larga misura attraverso i programmi quadro pluriennali per la ricerca e l'innovazione (Horizon 2020, Horizon Europe). Sul piano internazionale anche altri soggetti concorrono al finanziamento delle attività di ricerca dell'Istituto. Tra questi si segnalano in particolar modo l'Agenzia Spaziale Europea (ESA), l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (WOAH) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO).

Attività di consulenza

La partecipazione a gruppi di lavoro, il numero di pareri emanati, il numero di linee guida a valenza regionale, nazionale e internazionale redatte, il numero di sistemi informativi prodotti costituiscono attività di consulenza dell'Ente. Il personale dell'Istituto partecipa annualmente a circa 180 eventi: per la Sicurezza Alimentare, per la Sanità Animale e per altri settori.

Editoria scientifica

Veterinaria Italiana

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZSAM) è l'editore di *Veterinaria Italiana* (ISSN 1828-1427), rivista di Sanità Pubblica Veterinaria, fondata nel 1950 con la denominazione di *Croce Azzurra*. La pubblicazione è accessibile online all'indirizzo Veterinaria Italiana

<https://www.veterinariaitaliana.izs.it/index.php/VetIt/index>

ed è indicizzata nelle principali piattaforme internazionali di riferimento. In linea con l'adozione da parte dell'Istituto della policy Open science, Veterinaria Italiana è APC free, ovvero non è richiesto agli autori il pagamento per la pubblicazione dei contributi. A partire dal 2011, l'IZSAM ha focalizzato i propri sforzi nella costruzione e nel consolidamento di indicatori editoriali riconosciuti dalla comunità scientifica. Oggi, la rivista si rinnova nel panorama della disseminazione scientifica, rinnovata negli aspetti gestionali e grafici grazie ad una nuova piattaforma editoriale, mantenendo invariato l'approccio rigoroso nella selezione dei contenuti e nel processo editoriale.

One Health Journal

Nel 2023 viene istituita la rivista trimestrale *One Health Journal* (ISSN 2975-0814), in concomitanza con l'evento *One Health Award*. Il principale obiettivo del periodico è quello di divulgare al vasto pubblico le complesse e interconnesse problematiche relative al concetto di Salute Unica. A tal fine, la rivista, oggi in solo formato cartaceo, in lingua inglese e italiano, è distribuita agli enti di ricerca (nazionali e internazionali), ospita contributi di esperti, policy maker, decisori istituzionali e figure di rilievo provenienti da diverse aree disciplinari e geografiche, con l'intento di documentare e promuovere la multidisciplinarietà insita nel paradigma One Health.

Bollettino Epidemiologico Nazionale Veterinario (BENV)

il Bollettino Epidemiologico Nazionale Veterinario (BENV), è una pubblicazione seriale, in italiano e in inglese, open access https://www.izs.it/BENV_NEW/index.html. Ospita contributi di epidemiologia veterinaria, zoonosi, sicurezza alimentare e malattie infettive animali emergenti allo scopo di fornire approfondimenti scientifici in ambito epidemiologico ai veterinari pubblici e ai privati liberi professionisti. Pubblica dati e informazioni sulla situazione epidemiologica delle malattie animali in Italia e nel mondo, con particolare attenzione ai Paesi confinanti e alle aree geografiche limitrofe all'IZS- TE. Per quanto riguarda i dati nazionali, il BENV riporta quanto registrato nel SIMAN (vedi capitolo "Sviluppo e gestione di sistemi di sorveglianza") da parte dei servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) italiane. Per consentire una migliore lettura e visualizzazione, i dati dei focolai in Italia vengono elaborati sotto forma di tabelle e di mappe. Una apposita sezione, aggiornata in base alla normativa comunitaria, è dedicata ai dati e alle mappe dei territori ufficialmente indenni da brucellosi bovina e ovi-caprina, tubercolosi bovina e leucosi. Dal 2022 il BENV, oltre ad essere stato arricchito con le sezioni News e Eventi, è stato interamente rinnovato nella grafica e nell'organizzazione dei contenuti allo scopo di assicurare al lettore una visualizzazione ottimale su tutti i dispositivi desktop e mobili.

1.1.2 L'assetto organizzativo

L'approccio multidisciplinare One Health, insieme prospettiva e nuova chiave di lettura delle attività dell'IZSAM, ha imposto un ripensamento generale dell'Ente in primis dal punto di vista organizzativo che ha dato luce alla nuova organizzazione deliberata dal Consiglio di Amministrazione dell'istituto (n. 5 del 18 ottobre 2023) approvata, con deliberazione n. 793 del 22 novembre 2023, dalla Giunta della Regione Abruzzo, previa intesa con la Regione Molise (ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 28 giugno 2012, n. 106 così come attuato dalle regioni Abruzzo e Molise rispettivamente con L.R. 41/2014 e 2/2015).

La nuova organizzazione, rispettosa delle limitazioni imposte dal vigente quadro normativo, è il risultato di una valutazione complessa che tiene conto della mission, delle strategie, delle attività e delle competenze dell'Ente nel suo complesso, in modo che le diverse articolazioni possano ottimizzare, in termini di efficacia operativa e di efficienza economica, l'allocazione e l'utilizzo del personale e di tutte le risorse. Il nuovo disegno organizzativo presenta alcuni aspetti di significativa discontinuità rispetto al precedente, avendo introdotto aggregazioni di attività e competenze motivate dall'affinità delle materie trattate anche in prospettiva evolutiva. Tali interventi appaiono indispensabili per assicurare la capacità dell'Istituto di

rispondere alle sfide e alle criticità della realtà contemporanea conservando e potenziando l'attitudine competitiva che lo caratterizza.

Si riportano in sintesi le principali modifiche apportate:

a. Organizzazione dipartimentale

Viene introdotto in Istituto il nuovo modello organizzativo incentrato sulla creazione di due dipartimenti che garantiranno il miglior governo e sviluppo dei due principali ambiti di attività dell'Ente (Salute e Ambiente e Sviluppo e Gestione Dati) assicurando il coordinamento tra le strutture coinvolte.

b. Strutture complesse

Viene creata una nuova struttura complessa dedicata a "Rapporti internazionali e formazione", valorizzando in tal modo un settore che costituisce uno dei principali "core business" dell'Ente;

- vengono create tre nuove strutture complesse in ambito amministrativo riconoscendo alle relative attività un livello organizzativo coerente con la complessità e responsabilità sottese e collocando l'Istituto in linea con le altre analoghe realtà nazionali;

- si procede all'aggregazione della struttura complessa deputata a Ricerca e Sviluppo con quella deputata al coordinamento delle sezioni diagnostiche provinciali promuovendo e rafforzando in tal modo l'attitudine alla ricerca delle articolazioni periferiche dell'Ente;

- viene soppresso il Laboratorio "Relazione Uomo-Animale e Benessere Animale", ritenuto non più coerente con il disegno organizzativo. In un'ottica di efficientamento; le attività del Reparto "Benessere Animale" vengono ricondotte al Laboratorio "Ecosistemi acquatici e Terrestri";

- viene integrata con una nuova struttura semplice deputata alle tossine, l'organizzazione del Laboratorio "Sicurezza chimica alimenti e ambiente";

- Il reparto "Diagnostica e sorveglianza delle Malattie esotiche" viene, in relazione all'ambito di attività, ricondotto al Laboratorio di Sanità Animale;

- il reparto "Accettazione e controllo" viene ricondotto, per materia, nell'ambito del Laboratorio "Epidemiologia"

- viene soppresso il reparto "Segreteria di Direzione e Organi collegiali".

Il processo di efficientamento e contenimento dei costi, avviato con il precedente analogo documento approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 5/2017 viene confermato ed in alcuni ambiti rafforzato nei limiti imposti dalla necessità di garantire il raggiungimento dei fini istituzionali conservando e rafforzando il livello di competenza e professionalità richieste da una realtà globale di crescente complessità.

I vincoli definiti dalle norme sopra richiamate, per quanto di interesse dell'Ente, sono rigorosamente rispettati dal momento che:

1. viene confermato lo snellimento del disegno organizzativo già attuato con la deliberazione sopra richiamata e che aveva determinato una consistente riduzione - in misura pari al 12,84% - del numero delle strutture dirigenziali individuate dai precedenti atti organizzativi con incidenza pari al 58% sulle strutture complesse. L'assetto dell'Ente non contempla figure dirigenziali generali ad esclusione del Direttore Generale. Gli elementi di dettaglio sono contenuti nella Tabella 4;

Tabella 4. Numero strutture.

Tipo struttura	Ambito	2016	2017 2022	2023	Differenza rispetto al 2016	Differenza rispetto al 2022
DIPARTIMENTI	SAN	12	0	2	-10	2
COMPLESSA	SAN	10	9	8	-2	-1
	PTA	2	1	4	2	3
	TOTALE	12	10	12	0	2
SEMPLICE	SAN	21	25	21	0	-4
	PTA	9	13	13	4	0
	TOTALE	30	38	34	4	-4
		54	48	48	-6	0

Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

2. viene confermata la gestione unitaria del personale e dei servizi comuni secondo una ratio ormai acquisita nel disegno organizzativo dell'Ente;
3. continuano a non essere previsti "organismi di analisi, consulenza e studio di elevata specializzazione". Il disegno organizzativo contempla, viceversa, Centri di alta specializzazione (centri di riferimento e laboratori di riferimento) assegnati all'Istituto dal competente Ministero e da Organismi Sovranazionali e che svolgono le relative attività su mandato dei suddetti referenti Istituzionali.

L'Organizzazione interna e l'organigramma ufficiale dell'IZS- Teramo sono consultabili nel Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto al seguente indirizzo:
https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/operazione_trasparenza/amministrazione_e_aperta/2024/Regolamento_ordinamento_interno_dei_servizi.pdf

Organi dell'Istituto

Il Consiglio di Amministrazione

Nominato sulla base di quanto disposto con Decreto del Presidente della Giunta Regione Abruzzo n. 17/2021 e dal verbale di insediamento del Consiglio di Amministrazione nella seduta che si è tenuta il 30 marzo 2021 (Deliberazione del DG n. 163 del 12 aprile 2021 di presa d'atto della relativa costituzione). Dura in carica quattro anni ed ha compiti di indirizzo, coordinamento e verifica delle attività dell'Istituto. L'attuale CdA è così composto:

- Avv. Alfonso Cantone in qualità di Presidente, designato dalla Regione Molise;
- Dott. Pietro Enzo Di Giulio in qualità di consigliere, designato dalla Regione Abruzzo;
- Dott.ssa Gaetana Ferri in qualità di consigliere, designata dal Ministero della Salute.

Il Direttore Generale

Con decreto del Presidente della Giunta della Regione Abruzzo del 10 gennaio 2020 n. 3, è stato nominato Direttore Generale il Dott. Nicola D'Alterio che fino alla data di insediamento aveva

assunto, in qualità di Direttore Sanitario dell'Ente, in ottemperanza alla normativa regionale (L.R. 41/2014 e L.R. 2/2015), le funzioni di Direttore Generale.

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Ente, lo gestisce e ne garantisce l'attività scientifica. Nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo che coadiuvano la sua attività.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo partecipano alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Il Direttore Sanitario

Nominato, con deliberazione del Direttore Generale n. 261 del 7 maggio 2024, nella persona del Dott. Giacomo Migliorati con decorrenza dal 7 maggio 2024 e per la durata di 3 anni. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari coordinando in particolare le funzioni relative alla ricerca scientifica, alla sorveglianza epidemiologica ed alla valutazione del rischio in materia di sanità e benessere animale, sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e fornisce parere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore Amministrativo

Nominato, con deliberazione del Direttore Generale n. 222 del 21/04/2023 per la durata di 5 anni. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Ente.

Il Collegio dei Revisori dei Conti

Con deliberazione n. 82 del giorno 10 febbraio 2023 è stato nominato il Collegio dei revisori che svolge compiti previsti dall'art. 20, D.Lgs. 30 giugno 2001 n. 123, tra cui: vigila sull'attività amministrativa dell'Istituto e sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina i bilanci. È composto come segue:

- Dott. Carmine Tancredi su designazione della Regione Abruzzo in qualità di Presidente;
- Dott. Riccardo Inghelmann su designazione del Ministro dell'Economia e delle Finanze;
- Dott. Eustachio Macari su designazione della Regione Molise.

Organismi

L'Organismo Interno di Valutazione (OIV)

Nominato ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, l'Organismo Indipendente di Valutazione è uno dei principali attori del sistema di misurazione e valutazione delle amministrazioni pubbliche. L'OIV ha di controllo della efficienza e efficacia rispetto agli obiettivi programmati e rispetto alla legalità ed alla trasparenza. È stato nominato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4 del 12 settembre 2023 per il triennio 2023/2026- nella seguente composizione:

- Dott. Furio Cugnini in qualità di Presidente;
- Dott. Fabio Iacobone in qualità di componente;
- Dott.ssa Vita Valentina Di Iorio in qualità di componente.

Il Consiglio di Direzione

Regolamentato con deliberazione del Direttore Generale n. 9 del 22 gennaio 2019 è un organismo collegiale, presieduto dal Direttore Generale, all'interno del quale si confrontano e si armonizzano le politiche di sviluppo aziendale, nell'ottica della sintesi tra la funzione di governo, espressa dalla Direzione aziendale, e la funzione di gestione di cui sono titolari i dirigenti che hanno la responsabilità di orientare le attività svolte dalle diverse strutture e articolazioni aziendali. Il Consiglio di Direzione è composto dai Direttori Amministrativo e Sanitario, dai responsabili delle Strutture Complesse e dai responsabili dei centri specialistici,

questi ultimi convocati di volta in volta in relazione agli argomenti all'ordine del giorno. La suddetta composizione può essere di volta in volta integrata attraverso la presenza del/i dirigente/i competenti per le specifiche materie oggetto di trattazione, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, dai responsabili delle Strutture Complesse e dai responsabili dei centri specialistici. Il regolamento per il funzionamento dell'organismo è stato approvato con deliberazione n. 9 del 22 gennaio 2019 consultabile al link:

[Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi \(izs.it\).](https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServePG.php/P/972410010104/M/200110010104)

Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)

Esercita compiti propositivi, consultivi e per assicurare le pari opportunità di genere, favorire l'ottimizzazione della produttività e favorire il benessere lavorativo. È composto da un membro designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un numero pari di rappresentanti dell'amministrazione. Di seguito il link alla pagina web del sito:

[IZS - Comitato Unico di Garanzia](https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServePG.php/P/972410010104/M/200110010104)

Organismo Preposto al Benessere Animale (OPBA)

È preposto al benessere degli animali ed è stato istituito presso l'Istituto con delibera n. 313 del 15/05/2014 ed integrato con successive deliberazioni n. 306 del 19/05/2016, 259 del 31/05/2018, 789 del 21/12/2018, 88 del 3/04/2019, 89 del 5/04/2019 e 85 del 19/02/2021. L'istituzione dell'OPBA è prevista dalla Direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici e richiamata dall'art. 25 del D.lgs. n. 26 del 04/03/2014. Fornisce consigli, pareri e consulenze su questioni relative al benessere degli animali in relazione alla loro acquisizione, sistemazione, cura e impiego.

L'Organismo Preposto al Benessere Animale (OPBA) indirizzo sul sito istituzionale:

<https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServePG.php/P/972410010104/M/200110010104>

Comitato Etico Interuniversitario per la Sperimentazione Animale (CEISA).

È un organismo interdisciplinare indipendente per la valutazione etica e scientifica dei protocolli di studio che prevedono l'impiego di animali da utilizzare per fini scientifici. È formato da membri esperti (da 1 a 3 per centro) designati dai tre Atenei della Regione Abruzzo (Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara, Università degli Studi di Teramo, Università degli Studi dell'Aquila) e dall'IZS - Teramo. Altre finalità perseguite dal CEISA nelle istituzioni di riferimento riguardano: la promozione della formazione professionale nel campo delle scienze degli animali da laboratorio, la formazione di appropriate competenze e professionalità riguardo l'approccio scientifico delle "3R".

Il Comitato Etico Interistituzionale per la Sperimentazione Animale (CEISA) ha il link:

[https://www.izs.it/IZS/Sanita/Comitato Etico Interistituzionale per la Sperimentazione Animale CEISA](https://www.izs.it/IZS/Sanita/Comitato_Etico_Interistituzionale_per_la_Sperimentazione_Animale_CEISA)

Comitato Etico - Medicina veterinaria

Il Comitato Etico (CE) è un organismo indipendente, composto da personale docente della Facoltà di Medicina Veterinaria di Teramo e non, istituito presso la suddetta mediante approvazione in Consiglio di Facoltà del 12/04/2021.

Tale organismo vuole essere un servizio integrativo dell'opera clinica e di ricerca che non sottostà alle condizioni di ricerca sperimentali definite nel D.lgs. 26/2014, per il raggiungimento della corretta attività, riferita alla tutela dell'animale ed integrità della ricerca, da parte di ogni ricercatore che è utente della struttura.

Il Comitato è un organismo di consulenza, i cui componenti, di diverse aree di competenza ed esperienza, sono chiamati a valutare le condizioni di eticità dei protocolli di sperimentazione e si astiene dall'operare qualsivoglia forma di censura o dall'emettere provvedimenti, riservando tali competenze agli organi preposti.

[https://www.unite.it/UniTE/Ricerca Medicina veterinaria/Comitato Etico Medicina veterinaria](https://www.unite.it/UniTE/Ricerca_Medicina_veterinaria/Comitato_Etico_Medicina_veterinaria)

Comitato Tecnico-Scientifico

È composto da membri esterni dotati di esperienza internazionale. È stato rinnovato con deliberazione n. 20 del 18 gennaio 2023, è composto da cinque membri ed è chiamato a valutare le proposte finanziate attraverso i programmi ministeriali della ricerca corrente e della ricerca finalizzata.

Comitato scientifico per la formazione ECM

Come previsto dalla normativa di riferimento, il Comitato ha il compito di validare il Piano formativo aziendale a livello scientifico e verificarne la congruenza con i fabbisogni formativi espressi e gli obiettivi strategici aziendali. È composto da 17 membri secondo la delibera 340 del 22 luglio 2022.

Altre informazioni sull'organizzazione

Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD)

L'UPD gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza ai sensi dell'art.55-bis D.Lgs. 165/01, collabora con il RPCT all'aggiornamento costante del Codice di Comportamento, esamina le segnalazioni delle violazioni delle disposizioni di condotta, provvede all'archiviazione di tutti i provvedimenti e segnala, ove necessario, alle autorità giudiziarie competenti i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale. L'UPD predispone una relazione annuale dell'attività svolta e delle segnalazioni relative a condotte illecite che trasmette al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

In applicazione delle disposizioni contenute nei PNA (Piani Nazionali Anticorruzione) al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti, è stato nominato il Dott. Angelo Mincione quale "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante" (RASA). L'inserimento del nominativo del RASA all'interno del PIAO è espressamente richiesto come misura di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Annualmente il RASA provvede alla trasmissione all'ANAC delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture. L'Istituto è iscritto all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti con relativo codice AUSA 0000239222.

Responsabile della transizione Ecologica

Il legame che fa della salute umana, salute animale e salute dell'ecosistema le tre dimensioni di un'unica realtà (One Health) costituisce da sempre l'ispirazione delle attività dell'Istituto è per questo motivo che nel 2021 è stata costituita l'unità operativa Transizione Ecologica, il cui Responsabile è il Dott. Luca Di Tommaso.

Responsabile della transizione Digitale

L'Istituto con delibera n. 412 del 11/10/2021, in ottemperanza a quanto previsto dal Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) e in particolare dell'art.17 comma 1, ha individuato il Responsabile per la Transizione Digitale (RPTD) il dott. Guido Santoro, dirigente informatico dell'Ente in virtù dell'esperienza professionale maturata.

Nel corso dell'anno 2023, tramite il coordinamento del Responsabile per la Transizione al Digitale, l'IZS di Teramo ha individuato gli obiettivi prioritari, contenuti nelle linee d'azione del Piano Triennale per l'Informatica, e sono state avviate le azioni per il loro raggiungimento. Tra i principali risultati si evidenziano:

- a) ottenimento della certificazione ISO 27001 del Data Center (ottenuta a luglio 2023);
- b) dichiarazione, inviata all'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale, del rispetto dei requisiti minimi per la gestione di dati e servizi di livello ordinario;
- c) monitoraggio e aggiornamento ove necessario, delle tecnologie indispensabili per la protezione dei Sistemi Informativi dal punto di vista della cybersicurezza e dell'accessibilità e usabilità dei servizi pubblici forniti alla cittadinanza;

d) formazione del personale interno sui rischi connessi all'utilizzo dei sistemi informativi per aumentarne consapevolezza e resilienza sempre in ottica di cybersicurezza.

Data Protection Officer (DPO)

In conformità con il dettato normativo di riferimento, l'Istituto ha individuato e designato il Data Protection Officer (DPO) con delibera n. 85 del 15/02/2023 nella persona dell'Avv. Luca Gentile. Ai sensi della normativa europea, il DPO (art. 37 del Regolamento (UE) del 27 aprile 2016, n. 679 – GDPR e Parte IV, § 7) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'Amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza, sensibilizzare e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del Regolamento). Al medesimo compete lo svolgimento – in piena autonomia e indipendenza – dei seguenti compiti e funzioni: informare, consigliare e fornire consulenza al Titolare ed ai dipendenti che eseguono i trattamenti circa gli obblighi di protezione dei dati ai sensi del GDPR nonché delle disposizioni normative europee e nazionali in materia; monitorare la conformità dell'Ente al Regolamento ed alle policy e procedure interne in materia di protezione dei dati. Questo compito include anche il monitoraggio dell'assegnazione delle responsabilità e della formazione del personale coinvolto nelle operazioni di trattamento dei dati; fornire consulenza sulla necessità o meno di eseguire valutazioni d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA), come eseguirle e quali risultati aspettarsi; fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per tutte le questioni inerenti alla protezione dei dati, come la segnalazione di violazioni dei dati e fungere da punto di contatto per gli interessati in materia di privacy dei dati.

Mobility manager

Con il Decreto Rilancio, l'adozione obbligatoria del Mobility manager è divenuta obbligatoria per tutte le società con 100 o più dipendenti localizzate in Comuni, capoluoghi di provincia, regione e città metropolitane con popolazione superiore a 50 mila abitanti. Obiettivo del Mobility manager è quello di ottimizzare costi e impatti della mobilità sul territorio, con aspetti di efficienza e attenzione ambientale. Dopo l'arrivo del COVID l'attenzione del Mobility manager è stata estesa alla salute dei dipendenti, al distanziamento sociale e alla gestione dello smart working. Con delibera 211 del 17/04/2024, si è stato nominato il Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria, Dott. Mirco Brandiferro quale *mobility manager* aziendale.

Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità

Il D.Lgs. 30 marzo 2021, n. 165 prevede che le amministrazioni con un numero di dipendenti superiore a duecento hanno l'obbligo di individuare un Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità a cui sono attribuiti diversi compiti per garantire il supporto del lavoratore con disabilità, sia in fase di accesso all'impiego, che per lo svolgimento delle sue mansioni, o per ogni altra situazione di possibile conflitto o disagio. In IZS- Teramo il Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità è il Dott. Roberto Zilli nominato con delibera 159 del 11/04/2022.

Risorse Umane

In Istituto al 01/01/2025 operano - 338 persone (a tempo indeterminato, determinato e piramidato), il 60% è donna, il 73% è laureato e l'età media è pari a 48 anni (Tab.5).

Tabella 5. Il personale dipendente a tempo indeterminato determinato e piramidato.

	DONNA	UOMO	TOTALE
A+B = Totale dipendenti	203	143	346
Dirigenti	45	55	100
non Dirigenti	92	68	160
Piramide	66	20	86
Età media	47	49	48
Laurea	160	86	246
no Laurea	43	57	100

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati della Struttura Complessa (SC) "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Il solo personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato, è composto da 251 unità di personale, il 53% è donna; sono donne anche 48 dirigenti sui 99 totali (ossia il 48% dei dirigenti è donna). (Tab.6).

Tabella 6. Il personale dipendente a tempo determinato e indeterminato

	DONNA	UOMO	TOTALE
A = Totale dipendenti a tempo indeterminato e determinato	135	116	251
Dirigenti a tempo indeterminato	38	40	78
Dirigenti a tempo determinato	10	11	21
non Dirigenti a tempo indeterminato	80	64	144
non Dirigenti a tempo determinato	7	1	8
Età media	52,61	55,02	53,81
Laurea	103	65	168
no Laurea	32	51	83

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Alla data del 01/01/2025 le unità di personale assunto per la piramide della ricerca sono 86 (il CCNL relativo al personale del comparto sanità – sezione del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività a supporto della ricerca sanitaria, stipulato in data 11 luglio 2019, prevede che il personale interessato venga inquadrato nei due profili del "Ricercatore sanitario" (cat. DS) e del "Collaboratore Professionale di ricerca sanitaria" (Cat. D). Il 78% è donna e l'90% è laureato del personale assunto con la piramide della ricerca.

Il 1 ottobre 2024 del totale dei piramidati in 53 che possedevano specifici requisiti sono stati assunti a tempo indeterminato, con Del. n° 483 del 16 settembre 2024 e sono nel dettaglio 27 ricercatori sanitari e 26 collaboratori professionali di ricerca (Tab.7).

Tabella 7. Il personale Piramidato.

	DONNA	UOMO	TOTALE
B = Totale dipendenti della Piramide della Ricerca	66	20	86
Piramidati Ricercatori	40	9	49
Piramidati Addetti a supporto alla Ricerca	28	10	38
Età media	42,68	43,47	43,08
Laurea	63	15	78
no Laurea	5	4	9

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati della SC “Risorse umane affari generali e transizione ecologica” IZSAM

Nei limiti delle disponibilità di bilancio, delle norme di legge e per l'esecuzione di progetti specificatamente finanziati da contributi regionali, nazionali e internazionali, IZSAM può avvalersi inoltre, di personale non dipendente (negli anni mediamente circa 100 unità, più della metà donna e il 95% laureato), di elevata professionalità ed esperienza, con contratti di collaborazione. Ulteriori informazioni sono disponibili nella pagina internet dell'IZSAM all'area Amministrazione Trasparente/Personale:

http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/ammministrazione_trasparente/_abruzzo/_istituto_zooprofilattico_sperimentale_dell_abruzzo_e_del_molise_giuseppe_caporale/040_pers/

1.1.3 Le risorse economico-patrimoniali

L'IZSAM, è dotato di autonomia organizzativa e contabile. Il Piano è predisposto in relazione alle risorse disponibili previste nel bilancio pluriennale 2024/2026 dell'Ente – consultabile e scaricabile nella rete internet nell'area dedicata alla Trasparenza, Amministrazione Trasparente e Bilanci – al seguente link:

https://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/ammministrazione_trasparente/_abruzzo/_istituto_zooprofilattico_sperimentale_dell_abruzzo_e_del_molise_giuseppe_caporale/130_bila/010_bil_pre_con/index.html?page=1&maxPages=2&listorder=lastupdate

La salute finanziaria nel triennio è un impegno che l'Istituto intende mantenere potenziando la capacità di reperire ulteriori nuove risorse extra fondo (progetti, programmi di finanziamento nazionali e internazionali e servizi), al fine di poter conseguire i risultati performanti attesi – prefissati nel presente Piano.

Il PIAO 2025/2027 (Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e trasparenza, Capitale Umano) è elaborato in coerenza ai documenti di programmazione finanziaria che ne costituiscono il necessario presupposto. Bilancio 2024/2026 è costruito come un unico centro di responsabilità e il conto economico preventivo contiene le stime dei ricavi e la loro distribuzione tra le voci di costo è formulata in base agli obiettivi da raggiungere, alle attività e ai servizi ricorrenti e progettuali da svolgere. L'integrazione tra il PIAO e il conto economico preventivo, avviene tramite il supporto della contabilità analitica (CoAn) per centri di responsabilità, di costo e per progetto. (Tab. 8).

Tabella 8. Bilancio Pluriennale 2025-2027

VALORE DELLA PRODUZIONE E COSTI	2025	2026	2027
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio (da Regione per quota Fondo Sanitario Nazionale +da extra fondo +per ricerca +da privati)	49.699.686,00	47.842.524,00	47.343.550,00
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti (-)	-6.184.000,00	-4.150.000,00	-3.350.000,00
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	13.022.245,00	12.851.010,00	12.683.200,00
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	1.351.500,00	1.371.773,00	1.457.349,00
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	279.486,00	283.678,00	287.933,00
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)			
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	4.226.887,00	4.624.712,00	4.836.276,00
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni			
9) Altri ricavi e proventi	1.236.147,00	1.436.147,00	1.620.027,00
TOTALE A)	63.631.950,00	64.259.844,00	64.878.336,00
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisto di beni	4.304.000,00	4.381.472,00	4.460.338,00
2) Acquisti di servizi sanitari	2.731.206,00	2.453.474,00	2.426.281,00
3) Acquisti di servizi non sanitari	9.254.648,00	9.393.657,00	9.514.066,00
4) Manutenzione e riparazione	1.995.000,00	2.030.910,00	2.067.466,00
5) Godimento di beni di terzi	965.173,00	889.645,00	790.894,00
6) Costi del personale	21.793.317,00	21.793.317,00	21.793.317,00
7) Oneri diversi di gestione	1.397.285,00	1.397.285,00	1.397.285,00
8) Ammortamenti	4.891.979,00	5.289.609,00	5.606.173,00
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti			
10) Variazione delle rimanenze	-101.182,00	7.389,00	-26.474,00
11) Accantonamenti	14.837.574,00	15.060.137,00	15.286.039,00
TOTALE B)	62.069.000,00	62.696.893,00	63.315.386,00
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	1.562.950,00	1.562.950,00	1.562.950,00

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati del Bilancio IZSAM

Immobili e Terreni

Il patrimonio immobiliare edificato di proprietà dell'IZS -Teramo, nelle due Regioni di riferimento, è pari a 40.218 m2, il 94,2% è in Abruzzo mentre la restante parte in Molise. Gli immobili situati nel Comune di Teramo hanno una superficie pari 35.903 m2. La superficie della sola sede centrale, sita in Campo Boario in prossimità del centro storico di Teramo, è pari a 14.016 m2 rappresenta il 34,9% della proprietà immobiliare totale dell'Ente.

La destinazione funzionale delle aree edificate, nell'intero territorio di competenza, è per circa il 13,5% dedicata a laboratori, il 13,7% a uffici e il restante 72,8% ad altre funzioni (magazzini, stalle, ecc.). L'Istituto possiede complessivamente terreni per 914.975 m2 (91,5 ha): l'area della sede centrale, con i suoi 22.815 m2, incide solamente per il 2,5%. La consistenza patrimoniale maggiore dell'IZS - Teramo, pari a circa 686.172 m2, è rappresentata dall'area situata in zona Colleaterrato Alto (TE), occupata, per lo più, dall'azienda agricola, dalle nuove stalle, dall'identificazione animale, dal benessere animale e dal Centro Internazionale per la Formazione e l'Informazione Veterinaria (CIFIV). Tale area pesa da sola per il 75% dell'intera proprietà terriera. (Tab.9).

Tabella 9. Superfici immobili e terreni di proprietà e in uso.

Regione	Sede	Superficie degli immobili m ²	Terreni m ²
Abruzzo	Sede centrale Teramo	14.016	22.815
Abruzzo	Contrada Gattia (Teramo)	15.768	98.137
Abruzzo	Colleaterrato (Teramo)	6.119	686.172
Abruzzo	Sede Pescara	850	843
Abruzzo	Sede Lanciano (Chieti)	433	790
Abruzzo	Sede Avezzano (L'Aquila)	683	3.500
Abruzzo	Sede L'Aquila		96.918
Totale Abruzzo		37.869	909.175
Molise	Sede di Campobasso	636	800
Molise	Sede di Termoli (Campobasso)	632	
Molise	Sede Isernia	1.081	5.000
Totale Molise		2.349	5.800
Totale Abruzzo e Molise		40.218	914.975

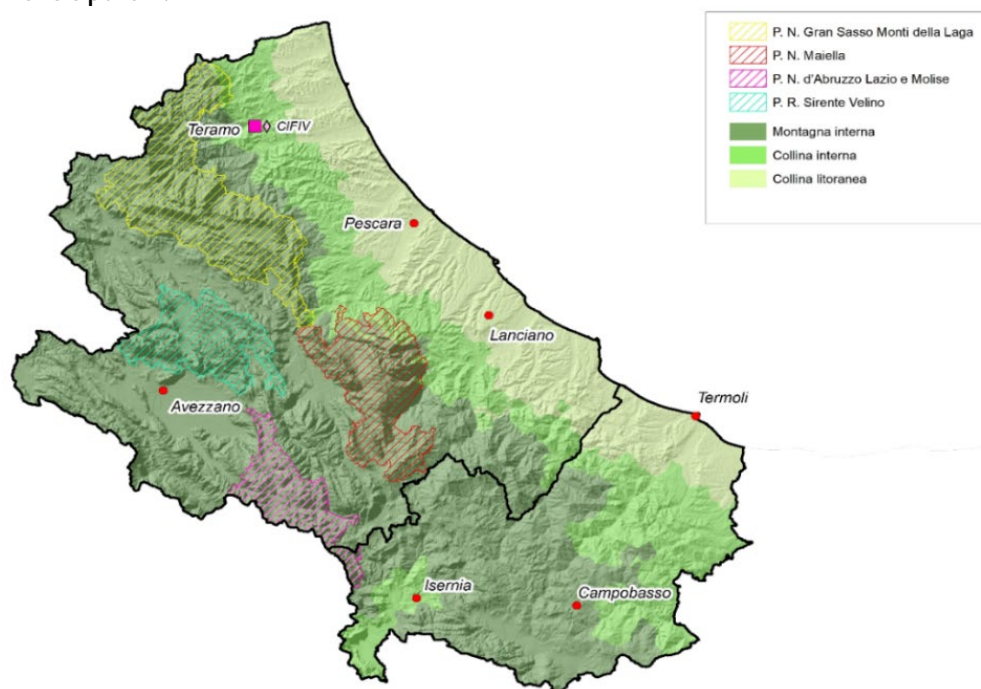
Fonte Elaborazione Controllo di Gestione dei dati SS Patrimonio IZSAM

1.2 Il Contesto esterno

1.2.1 Il territorio di competenza amministrativa

La figura 2 indica il territorio di competenza dell'IZS – Teramo suddiviso in area di competenza amministrativa e evidenzia le caratteristiche geografiche e i parchi. L'area di riferimento dell'Istituto è costituita dalle Regioni Abruzzo e Molise per una superficie complessiva di 15.293 kmq (5% del territorio nazionale di cui 10.832 nella Regione Abruzzo, 4.461 nella Regione Molise) sulla quale risiede circa un milione e seicento mila abitanti (2,7% della popolazione nazionale). L'area è suddivisa in 6 Province (L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo in Abruzzo; Campobasso e Isernia in Molise) e 441 Comuni (305 in Abruzzo e 136 in Molise). Nelle due Regioni sono presenti 5 Aziende Sanitarie Locali (L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo in Abruzzo, una in Molise). Il territorio di competenza per il 62,3% è costituito da montagna, il 20,3% da collina interna e il 17,4% da collina litoranea. Circa un terzo è costituito da aree protette: Parco Nazionale d'Abruzzo, Lazio e Molise; Parco Nazionale del Gran Sasso e Monti della Laga; Parco Nazionale della Majella; Parco Naturale Regionale Sirente Velino (Figura 2).

Figura 2. Territorio di competenza: suddivisione amministrativa IZSAM, caratteristiche geografiche e parchi.



Fonte Unità di Struttura Semplice “Statistica e GIS” dati IZS – Teramo

Per meglio descrivere le regioni in cui opera l'Istituto si utilizzano i dati sulla popolazione e sulle imprese presenti sul sito web dell'ISTAT.

Abruzzo dati salienti

1 269 571 è la popolazione residente al 2025: 622 009 maschi, 647 562 femmine.
Imprese attive al 2022 n. 102303.

Molise dati salienti

289 224 è la popolazione residente al 2025: 143 304 maschi, 145 920 femmine.
Imprese attive al 2022 n. 21635.

Dati della banca dati Istat estratti il 27 gen 2025 <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/Index.aspx?lang=it>
Dato estratto dalla banca dati Istat il 27 gen 2025
http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DICA_ASIAUE1P

1.2.2 Le imprese

Per analizzare nel dettaglio i dati sulle imprese del settore alimentare ed agroalimentare ad uso umano, sugli allevamenti e sulla consistenza del patrimonio zootecnico delle regioni di competenza si riportano i dati del Sistema informativo nazionale veterinario per la sicurezza alimentare (SINVSA) aggiornati al 31/12/2023 e della banca dati nazionale anagrafi animali (BDN) gestiti dall'Istituto per conto del Ministero della Salute e aggiornati al 31/12/2023. (Tabelle 10 e 11).

Tabella 10. Imprese del settore alimentare e agroalimentare ad uso umano del territorio di competenza.

Imprese	Riconosciuti ai sensi del Reg (CE) 853/2004	Registrati ai sensi del Reg (CE) 852/2004
Abruzzo	364	35.685
Molise	272	4.480

Fonte dati BDN (Banca dati nazionale) gestita da IZSAM

Tabella 11. Numero allevamenti e capi nel territorio di competenza.

SPECIE	ABRUZZO		MOLISE	
	Numero allevamenti	Numero capi	Numero allevamenti	Numero capi
Bovini	3.975	61.317	1.992	32.422
Bufalini	19	125	11	698
Ovini e Caprini	4.579	-	2.122	-
Ovini	-	159.100	-	47.502
Caprini	-	16.872	-	7.574
Suini	713	57.930	175	18.440
Suini familiari	8.729	3.619	3.358	1.562
Cavalli	4.923	14.236	1.375	3.950
Asini	918	2.327	176	275
Muli	311	693	39	65
Polli da carne	75	2.567.624	219	3.826.834
Ovaiole	114	121.416	19	145.708

SPECIE	ABRUZZO		MOLISE	
	Numero allevamenti	Numero capi	Numero allevamenti	Numero capi
Gallus gallus riproduttori	18	688.542	34	642.309
Gallus gallus svezamento	12	5.481	2	453
Tacchini	6	51.028	0	0
Altri avicoli	65	(*)	8	(*)
Crostacei	3	(*)	3	(*)
Molluschi	9	(*)	7	(*)
Pesci	62	(*)	13	(*)
Conigli e lepri	185	32.287	6	-
Apiari	4.247	(*)	1.781	(*)
Elicicoltura	18	(*)	11	(*)
Cervidi	5	(*)	0	(*)
Camelidi	17	(*)	3	(*)

(*) specie per le quali non è prevista la registrazione degli animali in BDN.

Fonte dati BDN (Banca dati nazionale) gestita da IZSAM

Uno degli strumenti organizzativi e informativi a tutela dei clienti e a garanzia del rispetto degli indicatori e degli standards qualitativi è la **Carta dei Servizi** consultabile e navigabile al seguente indirizzo:

https://www.izs.it/IZS/Home_Page/Carta_Servizi_IZSAM

Nella stessa pagina sono compilabili due questionari:

- questionario di soddisfazione del cliente al seguente indirizzo:
https://www.izs.it/IZS/Trasparenza/Ufficio_Relazioni_con_il_Pubblico/Questionario_soddisfazione_cliente_IZSAM
- questionario gradimento servizi al seguente indirizzo:
https://www.izs.it/IZS/Trasparenza/Ufficio_Relazioni_con_il_Pubblico/Questionario_di_gradimento

Gli strumenti a tutela degli utenti interni e esterni per l'indicazione dei procedimenti i in caso di **reclami** sono previsti nel sito istituzionali con moduli informatici:

- segnalazione e/o reclami U.R.P.
<https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServePG.php/P/391910010722>

1.3 I portatori di interessi

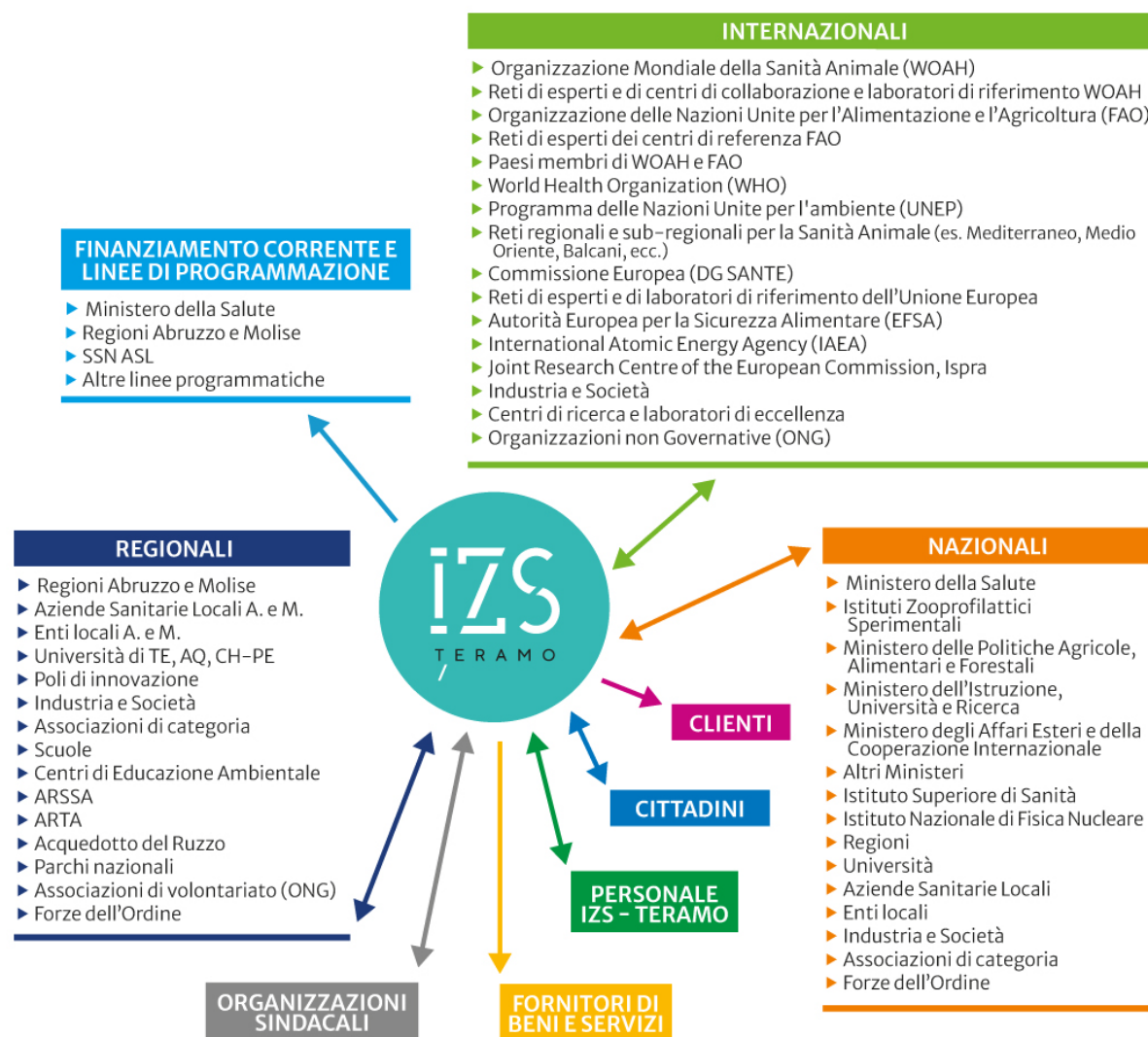
Le attività dell'Istituto sono rivolte ad un elevato numero di "portatori di interessi", differenti in termini di aspettative, competenze e richieste. L'IZSAM si avvale di rapporti e collaborazioni con Istituzioni ed Organizzazioni che operano nei diversi settori di interesse, pertanto i portatori di interessi, o "stakeholder", sono non solo i soggetti con un rapporto diretto con l'IZSAM (clienti, fornitori, personale dell'IZSAM, cittadini, organizzazioni sindacali), ma anche tutti coloro le cui azioni possono direttamente o indirettamente avere

riflessi sulle scelte operate e da operare (collettività, Pubblica Amministrazione centrale e periferica, Istituzioni pubbliche, Società private, ecc.).

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

In pratica gli utenti dei servizi dell'Istituto sono i veterinari, le imprese alimentari, gli enti pubblici coinvolti nella sicurezza alimentare, sanità e benessere animale delle regioni Abruzzo e Molise. L'Istituto ha anche numerosi portatori di interessi in campo internazionale, dal momento che è referente dell'OMS, della FAO e dell'WOAH ed è referente di diversi progetti di cooperazione con tutti i paesi membri di tali organizzazioni internazionali e della Commissione Europea. Sia il personale interno, che i clienti esterni, dispongono di un numero sempre crescente di servizi informatizzati, progettati attraverso accurate analisi delle esigenze e sviluppati grazie alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione. (Figura 3).

Figura 3. I portatori di interessi.



Fonte Elaborazione Grafica SC "Editoria e Comunicazione" IZSAM

Sezione 2 – Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

L'elevata complessità e la una dinamicità che viviamo in questo periodo storico ha indirizzato le strategie dell'Ente verso obiettivi di miglioramento dei processi interni per erogare servizi ad alto valore aggiunto o per erogare servizi seppur tradizionali con maggior efficienza. Il processo di pianificazione dell'Ente parte dalla definizione delle linee strategiche triennali, definite dalla Direzione e dal CDA e formulate con il contributo degli stakeholders dell'Istituto – interni ed esterni – in occasione di specifici incontri

emergenti ed ha unito le strategie con agli obiettivi in una connessione a cascata e sinergica. In generale, il Valore Pubblico dell'IZS – Teramo è il livello di benessere auspicato in fase di pianificazione e generato (in fase di monitoraggio e rendicontazione) per tutti i portatori di interesse. Si crea Valore Pubblico coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, migliorandone le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento del benessere dei portatori di interesse (stakeholder).

Per vincere la sfida della generazione del benessere complessivo e multidimensionale, occorre definire obiettivi di Valore Pubblico precisi e funzionalizzare ad essi gli obiettivi di performance, le misure di contenimento dei rischi e le azioni di miglioramento della salute delle risorse

Nell'Ente, con la partecipazione dei cittadini al processo di programmazione, monitoraggio e valutazione tramite un questionario erogato on line, la mission, **Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale**, è stata associata al Valore Pubblico. Per prospettiva globale si intende la salute dell'uomo, dell'animale e dell'ambiente e sarà misurato come: a) risultato degli indicatori di stato di salute delle risorse; e b) risultati performanti delle unità organizzative in cui si articola l'Ente in termini di efficacia, efficienza ed economicità. Gli indicatori di tipo a) e b) sono espressi nell'**Allegato n.1 Risultati attesi anno 2025** e incidono sulle strategie dell'Ente.

(Fig. 4).

Figura 4. Il percorso verso il Valore Pubblico.



Fonte Elaborazione Controllo di Gestione

Per verificare la capacità dell'Ente di produrre Valore pubblico e il relativo benessere occorrerà misurare quali-quantitativamente l'impatto dei risultati ottenuti sullo stato della salute e gli eventuali elementi correttivi necessari se l'impatto si discosta dall'impatto atteso. Lo stato della salute si misura mediante la valutazione degli obiettivi di semplificazione, informatizzazione, miglioramento all'accessibilità e di pari opportunità e anche come impatto prodotto dalle prestazioni dell'IZS di Teramo in relazione ai risultati che si

raggiungeranno, nonché con la partecipazione diretta degli utenti esterni con questionari per il loro contributo partecipativo. (Tab.12).

Tabella 12. Salute delle risorse.

Salute Organizzativa	Salute Relazionale	Salute Tecnologica	Salute di genere	Salute Etica
procedure semplificate	piena accessibilità del cittadino	sostenibilità energetica	pari opportunità ed equilibrio di genere	attuazione delle misure di trasparenza e di anticorruzione

Fonte Elaborazione Controllo di Gestione

Si crea **Valore Pubblico** quando le strategie dell'Ente e le azioni eseguite per realizzarle contribuiscono ad aumentare il livello di benessere sanitario, sociale, economico e organizzativo della società e del territorio in cui opera. La finalità del Valore Pubblico deve rappresentare la guida per tutti i livelli di programmazione e gestione delle risorse pubbliche secondo criteri di economicità, di efficacia, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza. Per chiarezza espositiva, si specifica che gli impatti che si misureranno saranno impatti di tipo:

- sanitario quando si misura qualitativamente il miglioramento del benessere sanitario del contesto esterno all'Ente atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline);
- sociale quando si misura quantitativamente il miglioramento del benessere sociale del contesto interno all'Ente, atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline);
- economico quando si misura quantitativamente il miglioramento del benessere economico del contesto interno all'Ente atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline);
- organizzativo quando si misura in termini di efficienza e di efficacia il miglioramento del benessere organizzativo del personale interno all'Ente atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline). (Tab.13).

Tabella 13. Linee strategiche, obiettivi generali, impatto e interessati 2025–2027

VALORE PUBBLICO	LINEE STRATEGICHE	OBIETTIVI GENERALI	IMPATTO	INTERESSATI
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Area 1 – Zoonosi e patogeni emergenti	1. Approfondire la conoscenza sui patogeni rilevanti per la salute pubblica e animale, studiandone le interazioni con l'ospite al fine di sviluppare strategie di prevenzione e controllo efficaci, riducendo l'impatto su salute animale, umana e ambientale in un'ottica di Salute Unica	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Area 2 – Sicurezza Alimentare	2. Migliorare la sicurezza alimentare affrontando le sfide poste a livello globale dai cambiamenti climatici e dai nuovi sistemi di produzione alimentare, attraverso un approccio integrato e multidisciplinare che impieghi tecnologie avanzate, sistemi diagnostici innovativi e nuovi metodi di monitoraggio, per prevenire e controllare i rischi microbiologici e chimici, garantendo la sicurezza dei consumatori	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali, produttori e consumatori
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Area 3 – Sostenibilità ambientale, contaminanti e inquinanti	3. Promuovere la riduzione dei livelli di contaminazione dell'ambiente e del biota, allo scopo di proteggere in maniera sostenibile la salute globale e le attività economiche correlate	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali, produttori e consumatori
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Area 4 – L'antibiotico-resistenza (AMR)	4. Ampliare le conoscenze intersettoriali sul fenomeno dell'antibiotico resistenza promuovendo reti di sorveglianza integrate, diagnostica innovativa, ricerca avanzata e strategie di controllo, con l'obiettivo di ridurre l'impatto sulla salute dell'uomo, degli animali e sull'ambiente	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali, produttori e consumatori
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Area 5 – Benessere animale ed emergenze non epidemiche	5. Sviluppare e ampliare azioni e soluzioni che favoriscano l'aumento delle conoscenze sul benessere degli animali da reddito, da compagnia e utilizzati a fini scientifici per migliorarne le strategie di gestione attraverso un approccio integrato One Health che tenga conto della sostenibilità ambientale, sociale ed economica, anche in scenari di emergenze non epidemiche quali alluvioni e terremoti	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali, produttori e consumatori
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Priorità 1 – Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna	6. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture del sistema aziendale	Organizzativo, sociale	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale	7. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics e sull'Intelligenza Artificiale (IA), al fine di migliorare la posizione competitiva dell'Istituto, garantire la condivisione sicura delle informazioni e promuovere la cooperazione multidisciplinare a livello nazionale e internazionale, in linea con l'approccio One Health	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN

VALORE PUBBLICO	LINEE STRATEGICHE	OBIETTIVI GENERALI	IMPATTO	INTERESSATI
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Priorità 3 – Editoria e comunicazione	8. Promuovere la scienza aperta, in conformità con le politiche europee e internazionali. Attraverso un approccio One Health e l'adozione di tecnologie avanzate, garantendo trasparenza, collaborazione e partecipazione nella ricerca	Organizzativo, sociale, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Priorità 4 – Ricerca, progettazione e cooperazione internazionale	9. Accrescere la reputazione dell'Ente, a livello nazionale e internazionale, nella promozione dell'innovazione, e nella capacità di progettare, monitorare, controllare e valutare i programmi e i progetti di ricerca e cooperazione, per la tutela della Salute Unica, adottando una visione globale e integrata	Organizzativo, sociale, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Priorità 5 – Sistemi di gestione accreditati, certificati e riconosciuti	10. Migliorare l'integrazione dei sistemi di gestione qualità, ambiente, biosicurezza e anticorruzione per garantire un approccio armonizzato delle attività anche a riguardo dei processi di produzione di materiale diagnostico e reagenti, includendo il benessere e la sperimentazione animale. Riorganizzare i servizi forniti dalla Segreteria di Direzione come strumenti per la facilitazione e il monitoraggio dei sistemi di gestione	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali
Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale	Priorità 6 – strutture edilizie, infrastrutture e impianti	11. Determinare efficacemente il posizionamento strategico dell'IZS – Teramo nel campo della ricerca per la Salute Unica nel contesto di riferimento nazionale e internazionale, in una prospettiva di medio-lungo termine.	Organizzativo, economico, sanitario	Tutto il Personale dell'IZSAM, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali

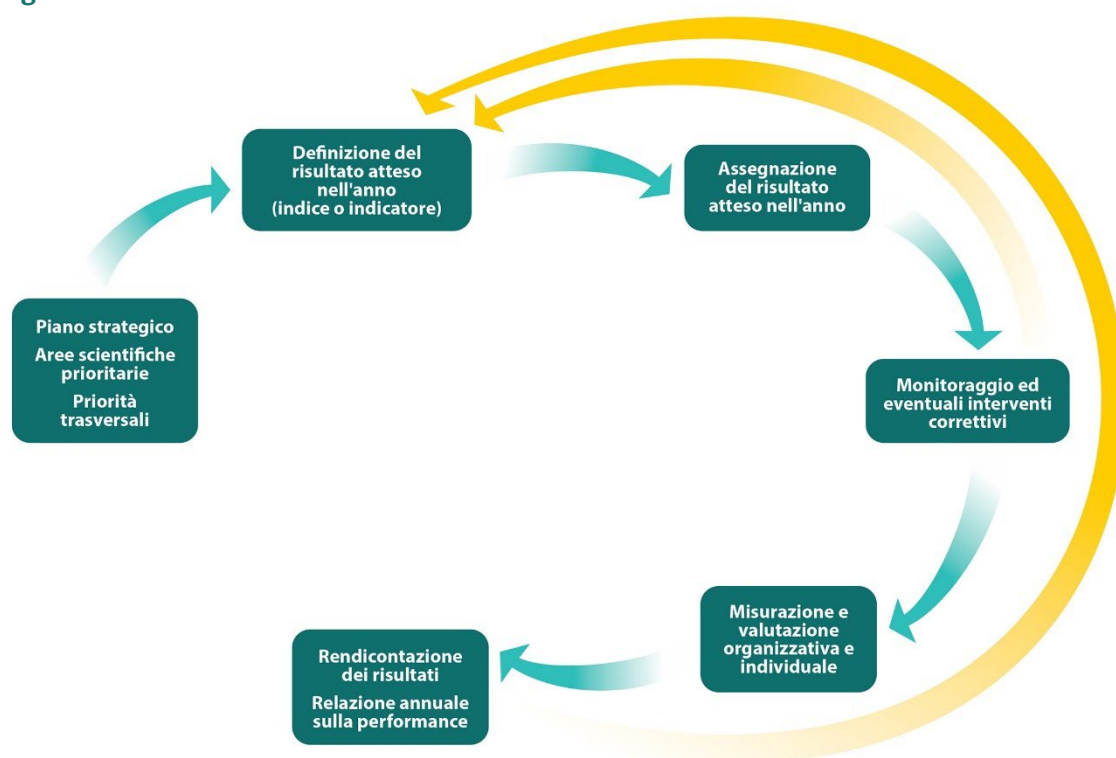
Fonte Elaborazione Controllo di Gestione del Piano Strategico 2025-2027 dell'IZSAM

2.2 Sottosezione di programmazione - Performance

2.2.1 La programmazione annuale

Il ciclo di gestione della performance descrive il funzionamento della programmazione annuale riferendola ad un concetto circolare che coinvolge ogni livello gestionale e organizzativo dell'Ente. Il ciclo dà attuazione al concetto di buon andamento della pubblica amministrazione (art. 97 Cost.) da cui discendono i principi di economicità, efficacia, efficienza e trasparenza, esprime il risultato che un'intera organizzazione, attraverso le proprie diverse singole articolazioni e le risorse, raggiunge in correlazione a determinati obiettivi e ai rispettivi indicatori. Il processo, caratterizzato da fasi che si ripetono in sequenza circolare, prosegue con il monitoraggio in corso d'esercizio e l'attivazione degli eventuali interventi correttivi, per emergenze epidemiche o non epidemiche, con la misurazione e la valutazione della performance organizzativa e individuale e si conclude con la rendicontazione dei risultati illustrati nella Relazione annuale sulla Performance che influenzeranno gli obiettivi del periodo successivo. (Fig.5).

Figura 5. Ciclo della Performance.



Fonte Elaborazione Controllo di Gestione

La programmazione annuale è di **supporto** ai processi decisionali, migliora la **consapevolezza** del personale in funzione degli obiettivi prefissati e **comunica** anche all'esterno le priorità e i risultati attesi. È di tipo operativo ed è redatta coerentemente ai principi contenuti nel D. Lgs. n. 150 del 2009 (c.d. Decreto Brunetta), come modificato dal D. Lgs. n.74 del 2017 in attuazione della c.d. "riforma Madia" (L.124/2015) in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico – ossia ottimizzazione del processo produttivo - e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni e sono state prese in considerazione le indicazioni contenute nelle Linee guida n. 1, del giugno 2017, redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, con il supporto tecnico e metodologico della

Commissione Tecnica per la Performance, che ha le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Nei suoi contenuti specifici, la performance inserita nel presente documento, ai sensi di quanto previsto dal D. L. n. 80 del 2021 – convertito in L. n. 113 del 2021 – all’art. n. 6, si ricollega anche ad altri documenti di programmazione dell’IZSAM ed in particolare con: il Piano Strategico 2022/2024, la Relazione annuale sulla performance, il Sistema di misurazione e di valutazione della Performance e il Piano Triennale degli investimenti e il Bilancio pluriennale preventivo.

Sia gli obiettivi strategici che quelli di performance funzionali hanno come obiettivo finale quello di a creare Valore Pubblico e sono comunque stati enunciati tenendo conto del D. Lgs. 150/2009 (“decreto Brunetta”) tutt’ora in vigore.

La programmazione annuale inoltre tiene conto dei:

Punti di forza: la principale risorsa dell’IZSAM è la conoscenza e la capacità di produrre altre conoscenze, qualità che risiedono in un buon numero di persone, nelle aree tecnico scientifiche, con elevate competenze, riconosciute a livello di eccellenza in ambito locale, nazionale e internazionale e un ottimo apparato di supporto a tali attività; la capacità di redigere, proporre, vedersi aggiudicare, eseguire e portare a termine progetti di ricerca e di cooperazione originali; la capacità di fare squadra e convergere su obiettivi condivisi; la capacità di utilizzare strumenti tecnico scientifici di elevata complessità e innovatività, una consolidata rete di partner diffusi nel territorio di competenza, in Italia e nel mondo, la presenza di Sistemi informativi aziendali e di altamente efficienti e distribuiti in tutte le sedi. La presenza di Centri di Eccellenza riconosciuti dalle Istituzioni Internazionali, Nazionali e Regionali e il possesso di una moltitudine di dati sulle Banche Nazionali degli Animali

Punti di debolezza: l’età media del personale dipendente (50 anni) destinata ad aumentare stante la vigenza delle norme limitative delle assunzioni nel pubblico impiego; la necessità di consistenti fondi per l’acquisizione ed il rinnovo delle apparecchiature tecnico scientifiche e, soprattutto, la ridotta disponibilità di spazi non più adeguati all’aumento del range di azioni dell’IZS – Teramo; la necessità di migliorare le capacità del personale sanitario e di quello a supporto amministrativo alla ricerca anche al fine di migliorare la competitività, Comunicazione tra le diverse aree complicata o scarsa

Opportunità: le prospettive presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che possono essere trainanti e accelerare le risposte alla crisi pandemica, alle guerre Ucraina Russia e Israele Palestina.

La transizione ecologica e digitale, il miglioramento della formazione del personale, l’equità di genere, territoriale e generazionale. Il presente PIAO, perché snellisce il processo di pianificazione. L’attuazione alla norma prevista nella Legge di Bilancio 2018 che, al fine di garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell’efficienza dell’attività di ricerca sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale, ha istituito il ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto ciò ha permesso di immettere in servizio a oltre 60 unità di personale, ricercatori e addetti alla ricerca, dando così la possibilità di valorizzare le competenze dei collaboratori che operano in Istituto da diversi anni inserendoli in un percorso finalizzato all’assunzione a tempo indeterminato (piramide della ricerca). La crescita dell’IZSAM è evidenziata anche dal suo sviluppo strutturale programmato dal Masterplan che è finalizzato alla realizzazione di nuove strutture atte a soddisfare le esigenze di maggiori spazi fisici e dall’ammodernamento e dalla realizzazione della nuova Officina Farmaceutica. Il PNRR e il recupero della efficienza attraverso la revisione della struttura organizzativa.

Minacce: le eventuali nuove norme di ulteriore contenimento della spesa di beni, servizi e di personale, la crescente competizione di altri operatori sanitari, ad esempio per la partecipazione a bandi di gara per progetti. Le emergenze epidemiche e non epidemiche, la pandemia e la guerra in atto.

Come descritto nella sottosezione di programmazione Valore Pubblico, il Piano individua 5 **Aree Scientifiche Prioritarie** e 6 Priorità Trasversali e per ciascuna area e priorità indica uno ed un solo **obiettivo generale**. Ciascuno obiettivo generale rappresenta i traguardi che l’Istituto si propone di raggiungere nel medio periodo, avendo un riferimento temporale

triennale; e sono tesi al miglioramento dell'azione dell'Istituto. Gli obiettivi generali espressi non mirano a registrare il complesso delle attività che l'Istituto svolge ma evidenziano solo quelle che migliorano le prestazioni. Per ognuno degli obiettivi generali individuati nel Piano Strategico sono descritti **obiettivi specifici e misure attuative**. Sia gli obiettivi specifici che le misure attuative sintetizzano l'intera organizzazione, rispetto a obiettivi specifici e aree e priorità predefinite che hanno valenza strategica per l'Istituto. Annualmente vengono definiti, in relazione ad una misura e dunque ad un obiettivo specifico (in una coerenza c.d. ad albero), obiettivi specifici annuali, ossia i **risultati attesi nell'anno**, che, in coerenza con il vigente quadro normativo, sono rilevanti e pertinenti, specifici e misurabili in termini concreti e chiari.

I risultati attesi possono essere:

- **miglioramento**. In senso stretto se finalizzati ad accrescere l'efficacia e l'efficienza dell'attività dell'IZSAM attraverso l'introduzione di elementi innovativi tali da determinare un significativo miglioramento dei servizi;
- **funzionamento**. Se i risultati attesi sono di funzionamento occorre distinguere due casi: a) se finalizzati al mero espletamento di attività ricorrenti specificate dal contratto di lavoro, non rientrano nel ciclo della performance; viceversa b) l'obiettivo di funzionamento, che migliora in termini di efficienza, efficacia ed economicità e non si sostanzia in un mero espletamento delle attività ricorrenti, può rientrare nel ciclo della performance.

2.2.2 La Performance organizzativa e individuale

Per ogni valore atteso viene indicato sia lo stato di partenza (baseline) che le eventuali strutture coinvolte per la realizzazione. I risultati che si intendono raggiungere nell'anno sono misurati con indici o indicatori quali-quantitativi e possono essere di efficienza, efficacia o miglioramento. Al riguardo, al fine di garantire un monitoraggio continuo della performance dell'Ente, e di porre in essere eventuali interventi correttivi in corso di esercizio, gli indicatori individuati devono poter rappresentare tutte le azioni messe in atto per il raggiungimento dei risultati. Inoltre è richiesto il monitoraggio quadrimestrale, di norma, dell'avanzamento delle attività rispetto al risultato atteso, con richiesta di rendicontazione intermedia ai responsabili di struttura/unità. Il monitoraggio è periodico anche per permettere eventuali variazioni (con contestuale rinegoziazione degli indici attesi, l'approvazione del Capo laboratorio e nuova pesatura).

I risultati attesi devono essere obbligatoriamente riferiti alla struttura/unità organizzativa di riferimento e non redatti e calibrati su singoli dipendenti; gli stessi devono essere viceversa elaborati – nel numero massimo di 4 per ogni struttura – in modo da coinvolgere tutto il personale assegnato tenendo conto delle diverse professionalità e inquadramenti e prediligendo la crescita professionale uniforme nell'ambito del ruolo rivestito. La relativa definizione deve tenere conto del personale e delle altre risorse disponibili. A fini di equilibrio generale vengono definiti differenti criteri di ponderazione degli obiettivi in relazione al numero di dipendenti operanti nelle diverse – su scala da 1 a 3 per le strutture con almeno 5 dipendenti, da 1 a 4 per quelle aventi tra 3 e 5 dipendenti e da 2 a 6 per quelle con meno di 3 dipendenti – sulla base di parametri predefiniti che ne delineano il grado di incidenza rispetto alla performance della struttura. (Tab.14).

Tabella 14. Pesatura degli obiettivi e criteri di ponderazione.

STRUTTURA	NUMERO DIPENDENTI	NUMERO MASSIMO DI OBIETTIVI	PESO MASSIMO PER SINGOLO OBIETTIVO	PESO MASSIMO TOTALE
A	≥5	4	3	12
B	≥ 3; < 5	3	4	12
C	< 3	2	6	12

Fonte Rielaborazione Controllo di Gestione dei dati Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) dell'IZSAM

La proposta della rilevanza di ciascun obiettivo viene formulata dapprima dai Responsabili di struttura complessa unitamente al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo che procedono alla armonizzazione delle proposte di pesatura degli obiettivi in modo da assicurarne la omogeneità per le diverse articolazioni dell'Ente.

Ai fini della assegnazione della proposta di pesatura definitiva sulla base di parametri predefiniti che ne delineano il grado di incidenza rispetto alla performance della struttura gli obiettivi e la relativa proposta di pesatura sono sottoposti all'OIV.

Nell'anno 2024, come nell'anno precedente, tutte le strutture dell'Ente, a prescindere della loro composizione, hanno avuto un obiettivo aggiuntivo al numero massimo, relativo alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione.

Dalla definizione degli obiettivi generali necessari per il raggiungimento del Valore Pubblico prende avvio il ciclo della performance: assegnazione obiettivi, monitoraggio e eventuali eventi correttivi, misurazione e valutazione e rendiconto.

La *performance organizzativa* è una misurazione della prestazione in termini di efficacia e efficienza della organizzazione nel suo insieme e nelle singole unità che la compongono, in termini di miglioramento quali quantitativo delle prestazioni offerte e dei servizi resi a tutti gli interessati (interni ed esterni).

La *performance individuale* è la misurazione della prestazione dell'individuo che appartiene alla organizzazione in termini di obiettivi raggiunti, competenze e comportamenti organizzativi.

La misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità e del personale non dirigente viene fatta secondo le modalità e i criteri di valutazione della performance organizzativa ed individuale sono regolamentati dal Sistema di Valutazione della Performance (SMVP) raggiungibile al seguente indirizzo:

<https://www.izs.it/IZS/Trasparenza/Regolamenti>

In particolare, la misurazione e la valutazione della dirigenza è correlata:

- alla performance del centro di cui è responsabile (performance organizzativa)
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali (performance di risultato individuale);
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, *nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate* (comportamenti);
- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi [comportamenti].

La misurazione e la valutazione del personale non dirigente, è effettuata in base:

- alla performance del centro cui appartiene (performance organizzativa);
- alla qualità del contributo assicurato alla performance organizzativa;
- ai comportamenti professionali e organizzativi (comportamenti).

La raccolta sistematica e matriciale dagli obiettivi generali, declinati poi in obiettivi specifici e in misure attuative (quest'ultime annuali) è riportata **nell'Allegato n. 1 Risultati attesi anno 2025**.

Il grado di raggiungimento delle misure attuative sono rendicontate nella **Relazione sulla Performance**, disponibile al seguente indirizzo:

http://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_abruzzo/_istituto_zooprofilattico_sperimentale_dell_abruzzo_e_del_molise_giuseppe_caporale/060_perf/020_rel_per/index.html?page=1&maxPages=1&listorder=lastupdate

2.2.3 Le Azioni Positive

Le azioni positive (PAP) promosse dall'Istituto, in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia, consistono in iniziative volte a garantire le pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa, nella formazione professionale ed in occasione delle procedure di mobilità; nella promozione di una migliore organizzazione del lavoro e del

benessere organizzativo, che favorisca l'equilibrio tra i tempi di lavoro e le esigenze di vita privata, ferma restando la prioritaria necessità di garantire la funzionalità degli uffici, in tutte le articolazioni dell'Amministrazione, di una cultura di genere nonché del rispetto del principio di non discriminazione, diretta o indiretta. Gli obiettivi perseguiti sono sintetizzati nella tabella 15

Tabella 15 Obiettivi e misure del piano delle azioni positive.

OBIETTIVO AZIONE POSITIVA	MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO	STATO DI PARTENZA (BASELINE)	RISULTATO ATTESO NELL'ANNO (INDICE O INDICATORE)	STRUTTURE COINVOLTE
Potenziare il lavoro agile	Aumentare il numero dei dipendenti con contratto di lavoro agile negli ambiti compatibili	Numero di contratti stipulati	Aumento del 1%	Tutte
Armonizzazione tempo lavoro e privato	Collaborare all'attivazione di un campus estivo dedicato ai figli dei dipendenti	Nessuna attività per i figli dei dipendenti presente	Attivazione campus	Affari Generali e CUG
Adottare le misure di welfare integrativo a favore del personale	Polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale	Nessuna misura presente	Attivare la misura	Risorse umane, Affari Generali e CUG
Adottare ulteriori misure volte alla promozione e al perseguimento del benessere lavorativo dei dipendenti	Interventi legati alla Transizione Ecologica (plastic free, efficientamento energetico, mobilità sostenibile) e finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei dipendenti.	Presenza di erogatori di acqua nelle sedi, misure di efficientamento energetico, riduzione plastica laboratori	Installazione ulteriori distributori di acqua; creazione di spazi polifunzionali da adibire ad aree attrezzate per il consumo dei pasti. Attività divulgative e educative aperte anche alle famiglie del personale. Efficientamento energetico tramite sistemi di domotica	Transizione ecologica e tutti i reparti IZS
Realizzare sportello ascolto	Attivare un sportello per l'ascolto dei dipendenti (difficoltà lavorative, mobbing)	Nessun servizio	Attivazione dello sportello	CuG

Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

L'Istituto verificherà l'attuazione delle azioni sopra indicate in collaborazione con il CUG e proporrà misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente.

2.2.4 La Promozione delle pari opportunità di genere

L'IZSAM, attraverso il Piano per la promozione delle pari opportunità di genere, intende definire una serie di azioni concrete da implementare e monitorare nel periodo 2025 – 2027 al fine di perseguire i seguenti obiettivi specifici (Tab.16):

- trattare il tema dell'equilibrio di genere all'interno delle attività;
- aumentare il livello di consapevolezza sulle problematiche di genere, a tutti i livelli gerarchici;

- migliorare la gestione delle procedure interne relative al reclutamento, agli avanzamenti di carriera, e più in generale alla gestione del personale, con riferimento alle questioni di pari opportunità;
- promuovere la sensibilità di genere anche nelle azioni verso l'esterno.

Tabella 16 Obiettivi Pari Opportunità.

AREE DI SVILUPPO	OBIETTIVI	AZIONI E STRUMENTI INDIVIDUATI	INDICATORI DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO			IMPATTO
			2025	2026	2027	
Pari opportunità nei ruoli dirigenziali e nei processi decisionali	Perseguire una politica di genere esplicita allo scopo di trattare le dinamiche relative alla rappresentatività di genere in modo consapevole e attento	Implementazione tramite la predisposizione di un documento specifico ovvero attraverso l'integrazione di procedure già esistenti	Individuare il documento o la procedura da aggiornare, ovvero il documento specifico da predisporre	Allargare la formulazione del concetto di "genere" all'interno dei documenti aziendali.	Elaborazione e finalizzazione della politica interna Gestione delle risorse umane e adattamenti o ulteriori processi	Maggiore consapevolezza del personale rispetto ai temi e evoluzione della pratica istituzionale
	Sensibilizzare, in tema di parità di genere, la dirigenza	Organizzazione di incontri interni per la sensibilizzazione in tema di parità di genere, destinato alla dirigenza (in particolare, integrando questo aspetto nei processi di formazione e tutoraggio dei nuovi colleghi).	Almeno 1 incontro	Almeno 1 incontro	Almeno 1 incontro	Consapevolezza accresciuta nei soggetti coinvolti
	Poter contare su un metodo di supervisione e controllo	Rafforzamento ruolo del CUG	Almeno 1 incontro ad hoc	Almeno 1 incontro	Almeno 1 incontro	Acquisire consapevolezza circa eventuali problematiche
Pari opportunità in materia di reclutamento e progressioni di carriera	Informazione per la consapevolezza della dirigenza, con particolare attenzione al management	Incontri interni di informazione e sensibilizzazione con dirigenza.	Almeno 1 incontro	Almeno 1 incontro	Almeno 1 incontro	Consapevolezza accresciuta nella dirigenza
	Poter contare su un metodo neutro di controllo e supervisione	Rafforzamento ruolo CUG	Almeno 1 incontro	Continuità	Continuità	Acquisire consapevolezza circa eventuali problematiche e possibilità di aperta discussione

AREE DI SVILUPPO	OBIETTIVI	AZIONI E STRUMENTI INDIVIDUATI	INDICATORI DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO			IMPATTO
Equilibrio vita privata/lavoro e cultura organizzativa	Politiche di reclutamento che siano eque rispetto al genere	Predisposti interventi di verifica sul sistema gestionale delle risorse umane volti a confermare che la politica di reclutamento e di progressione interna aziendale sia scevra da qualunque discriminazione di genere	Integrazione del sistema gestionale delle Risorse Umane	Monitoraggio	Monitoraggio	Acquisire consapevolezza circa eventuali problemi che
	Assicurare parità e trasparenza salariale	Definire il modo in cui presentare in forma anonima i dati relativi alle remunerazioni all'interno dell'Ente, in modo che siano significativi e comparabili in ottica di genere (definendo indicatori e criteri necessari a una loro collocazione rispetto alla tematica di genere).	Definizione della modalità della presentazione del dato. Presentazione del report interno	Continuità	Continuità	Maggiore trasparenza aziendale e motivazione da parte della dirigenza
	Stimolare una cultura aziendale riguardo le questioni di equilibrio lavoro-vita privata e di inclusività	Incontro annuale col personale o consultazione interna, per misurare e raccogliere eventuali criticità a livello della gestione dell'equilibrio tra vita privata e lavoro e sulla trasparenza di accesso allo stesso rispetto alla questione di genere.	Almeno 1 incontro	Almeno 1 incontro. Relazione sui risultati della consultazione dell'anno precedente (comprese proposte e suggerimenti migliorativi).	Almeno 1 incontro. Relazione sui risultati della consultazione dell'anno precedente (comprese proposte e suggerimenti migliorativi).	Consapevolezza accresciuta nella dirigenza
	Estendere l'utilizzo del lavoro agile quale strumento di conciliazione delle esigenze di vita con quelle lavorative	Incremento della quota di lavoro agile all'interno delle strutture compatibili e monitoraggio risultati	Incremento quota lavoro agile e monitoraggio	Continuità	Continuità	Rafforzamento lavoro agile quale strumento di conciliazione esigenze vita-lavoro
Misure per contrastare la violenza di genere comprese le molestie sessuali	Creare i presupposti affinché eventuali problemi possano venire alla luce	Favorire la consapevolezza su temi della violenza fisica, verbale o sessuale, comprese le molestie sessuali, mediante l'organizzazione di eventi formativi. Individuare e formalizzare figure di riferimento aziendali che fungano da contatti iniziali per la denuncia di eventuali casi di molestie.	Organizzazione di corsi formativi di sensibilizzazione. Rafforzamento del ruolo del CUG e creazione di una casella mail per la ricezione di segnalazioni.	Erogazione di corsi ed attività di continuità.	Continuità.	Maturata consapevolezza della dirigenza riguardo i comportamenti che integrano episodi di molestia.

AREE DI SVILUPPO	OBIETTIVI	AZIONI E STRUMENTI INDIVIDUATI	INDICATORI DI MISURAZIONE E MONITORAGGIO	IMPATTO
<i>Divulgazione sui temi delle pari opportunità e accorgimenti linguistici</i>	Adozione di un linguaggio inclusivo e non discriminatorio	Riflessione, definizione e stesura di linee guida interne. Monitoraggio continuo dei materiali prodotti (testi, comunicazioni, immagini)	Formazione del gruppo di lavoro	Adozione ed implementazione delle linee guida. Attività di monitoraggio in corso
				Continuità di monitoraggio
				Assenza di termini e/o richiami a parole discriminatorie nelle comunicazioni. Maggiore soddisfazione della dirigenza IZS.

Fonte Elaborazione dati della SC “Risorse umane affari generali e transizione ecologica” IZSAM

2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Premessa

L'IZSAM, in ottemperanza alle disposizioni legislative, in questa sottosezione descrive le strategie adottate per prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza. La presente sottosezione costituisce aggiornamento ed integrazione alla precedente contenuta nel PIAO 2024/2026.

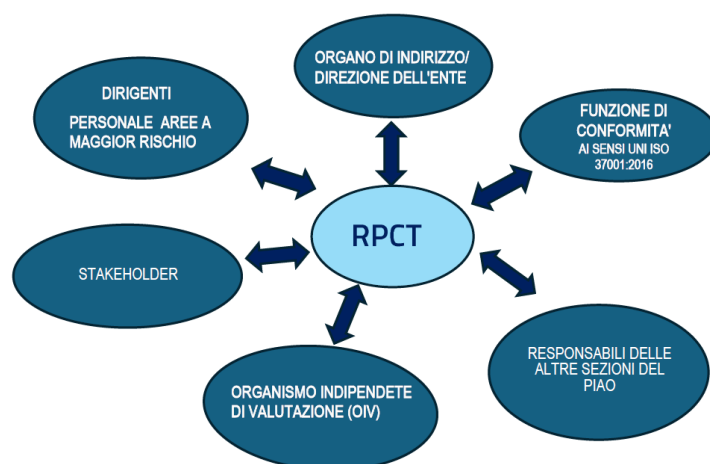
La sottosezione, in seguito al conseguimento della certificazione UNI ISO 37001:2016, continua ad essere strutturata seguendo l'articolazione dei punti e dei capi della suindicata norma: ciò, in particolar modo, nell'ottica di integrazione degli strumenti di prevenzione della corruzione (quello normativo di cui alla L. 190/2012 e quello volontario di cui alla norma ISO 37001).

2.3.2 Scopo

La sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza rappresenta lo strumento attraverso il quale si individuano le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione. Ha valenza programmatica poiché tutte le disposizioni in essa contenute sono oggetto di aggiornamento e revisione. La gestione del rischio corruttivo riguarda l'intera struttura. A tal fine l'Istituto lavora costantemente per sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate.

Una efficace azione di prevenzione della corruzione comporta il coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'Amministrazione e dei portatori di interesse (stakeholder), mediante continue e fattive interlocuzioni con il RPCT. Solo con la partecipazione attiva di tutti coloro a vario titolo coinvolti, è possibile conseguire una migliore condivisione degli obiettivi e la diffusione delle “buone pratiche” per una maggiore e concreta efficacia degli strumenti e delle azioni realizzate. La collaborazione fra questi soggetti deve essere continua e riguardare l'intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione, contribuendo a creare un contesto istituzionale e organizzativo di reale supporto al RPCT.

Figura 6.I soggetti coinvolti.



Il documento è destinato a tutti coloro che hanno rapporti di qualsiasi natura con l'Ente. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare **valore pubblico**, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. Le misure di prevenzione e quelle per la trasparenza oltre che a proteggere il sistema sono esse stesse produttive di valore pubblico poiché concorrono al buon funzionamento dell'Amministrazione attraverso il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, la formazione del personale e l'adesione al sistema di gestione ai sensi della norma UNI ISO 37001:2016.

2.3.3 Riferimenti normativi

- L. 241 del 7/8/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- D.Lgs. 165 del 30/3/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- L. 190 del 6/11/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs. 33 del 14/3/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs. 39 del 8/4/2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- Codice Penale – artt. 314 ss.;
- D.P.R. 62 del 16/4/2013 "Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del D.Lgs. 15 del 30 marzo 2001";
- DPCM 16/1/2013 Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- Circolare n. 1 del 25/01/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Delibera CIVIT n. 72/2013 "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";

- L. 69 del 27/5/2015 “Disposizioni in materia di delitti contro la PA, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- D.Lgs. 50 del 18/04/2016 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- D.Lgs. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. 14/3/2013, n. 33, ai sensi dell'articolo n. 7 della legge 07/08/2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC n. 831 del 03/08/2016 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016”;
- Delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee guida per l'adozione del Codice di Comportamento negli Enti del Servizio Nazionale”;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017 “Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 “Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Delibera ANAC n. 177 del 19/02/2020 “Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle Amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC n. 469 del 09/06/2021 “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 (cd. Whistleblower).”;
- “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”, ANAC 02/02/2022.
- D.L. 80 del 09/06/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia” convertito dalla L. 113 del 06/08/2021.
- D.L. 152 del 06/11/2021 “Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose”.
- L. 233 del 29/12/2021 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 novembre 2021 n. 152, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose”.
- “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”, ANAC 02/02/2022;
- Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023 “Piano Nazionale Anticorruzione 2022”;

- D.Lgs. n. 24 del 10/03/2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- D.Lgs. n.36 del 31/03/2023 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’art.1 della Legge 22/06/2022 n.78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;
- D.P.R. 81/2023 “Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n.62, recante: “Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165”.
- Delibera ANAC n. 264 del 20/06/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19/12/2023 “Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”.
- Delibera ANAC n. 311 del 12/09/2023 – Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”;
- Delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023 “Piano Nazionale Anticorruzione 2023”;
- Delibera ANAC n. 493 del 25/09/2024 “Linee guida n. 1 in tema di divieto di pantouflage”;
- Delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024 “Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del D.Lgs. 14/03/2013 n. 33 ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto”.

2.3.4 Termini e definizioni

Corruzione: La legge, sotto il profilo oggettivo, non fornisce una specifica definizione del concetto di corruzione, ma include ogni situazione in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso o il misuse da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere, per sé stesso o altri, vantaggi privati. La nozione di corruzione è stata meglio definita nella determinazione ANAC n. 12/2015 che stabilisce: *“la definizione del fenomeno contenuta nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), non solo è più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la P.A., ma è coincidente con la maladministration intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari”*. Sia per la Convenzione ONU che per altre Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali, (es. OCSE e Consiglio d’Europa) firmate e ratificate dall’Italia, la corruzione consiste in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all’adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d’ufficio, cioè dalla cura imparziale dell’interesse pubblico affidatogli.

L’Istituto fa propria anche la definizione di corruzione di cui alla norma UNI ISO 37001:2016, punto 3.1.: *“offrire, promettere, fornire, accettare o richiedere un vantaggio indebito di qualsivoglia valore (che può essere economico o non economico), direttamente o indirettamente, e indipendentemente dal luogo, violando la legge vigente, come incentivo o ricompensa per una persona ad agire o a omettere azioni in relazione alla prestazione delle mansioni di quella persona.”*

Valore Pubblico: miglioramento del livello complessivo della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad una baseline, o livello di partenza. Si tratta di un concetto che ha diverse sfaccettature e copre varie dimensioni del vivere individuale e collettivo e che non va limitato agli obiettivi finanziari ma deve comprendere anche quelli socio-economici.

Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT): documento programmatico che individua le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione.

Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO: documento programmatico che individua le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT): il soggetto incaricato dall'organizzazione per la predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione all'interno dell'Amministrazione e la verifica della sua corretta applicazione.

Funzione di Conformità: ha il compito di assicurare che il sistema di gestione per la prevenzione della corruzione sia conforme ai requisiti della norma UNI ISO 37001:2016.

PIAO: il Piano integrato di attività e organizzazione L. 113/2021.

PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

2.3.5 Contesto dell'organizzazione

2.3.5.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

2.3.5.1.1 Analisi del contesto interno

(aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che espongono la struttura a rischio corruttivo)

Di seguito vengono descritti gli aspetti dell'Organizzazione utili al contrasto di fenomeni corruttivi.

Nel 2024 si è conclusa la riorganizzazione, come meglio descritta nella parte generale del PIAO cui si rinvia, che ha ridisegnato l'Ente nel suo complesso per raggiungere standard più elevati di efficacia operativa e di efficienza economica.

Tale cambiamento ha determinato una redistribuzione delle attività e delle risorse in una prospettiva di sviluppo e di miglioramento continuo.

Le aree prioritarie di attività dell'Ente sono contenute nel Piano Strategico aziendale, documento triennale che viene pubblicato sul sito web www.izs.it. Tra queste l'anticorruzione è stata considerata una priorità trasversale per la corretta gestione dell'Organizzazione e la salvaguardia dei cittadini e dei portatori di interesse.

La definizione di ruoli e responsabilità, strumenti di programmazione coerenti con l'obiettivo di contrasto alla corruzione, (Piano delle performance, bilancio, piano formativo aziendale ecc.), regolamenti aziendale utili a limitare la discrezionalità e standardizzare le metodologie organizzative, certificazioni di qualità, mappatura dei processi esposti a rischi corruttivi, sono tutti strumenti adottati per prevenire la corruzione. In particolare, l'IZS – Teramo si è dotato nel tempo di presidi organizzativi finalizzati a circoscrivere e controllare gli ambiti di discrezionalità, quali l'informatizzazione dei processi e dei procedimenti, la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, i controlli informatici preventivi e successivi, il sistema di valutazione della performance, il controllo di gestione, il sistema qualità. Il Collegio dei Revisori effettua puntuali controlli di regolarità amministrativo-contabile, l'OIV misura e valuta la performance e la valutazione dei dirigenti oltre che le attività di prevenzione della corruzione. A questi si aggiungono la vigilanza ed il controllo sugli organi e sull'attività dell'Istituto esercitate di concerto fra la Giunta regionale della Regione Abruzzo e della Regione Molise e i controlli di vigilanza esterna esercitati dagli Enti e dalle Organizzazioni sui progetti finanziati.

Particolare attenzione verrà rivolta ai progetti a cui parteciperà l'Istituto finanziati con i fondi del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dal Piano Nazionale per gli

investimenti complementari (PNC). Si tratta di canali di finanziamento che seguono per loro natura stringenti regole che si aggiungeranno alle misure già normalmente adottate dall'Ente. (Tab. 17)

Tabella 17 Progetti IZS- Teramo con fondi PNRR e PNC.

Progetto	Inizio	Fine	Budget totale	Budget IZSAM	Fonte di finanziamento	Ruolo dell'Ente
Vitality - Innovation, digitalisation, and sustainability ecosystem for the development of center Italy economy	01/07/2022	30/06/2025	115.996.558,73	689.910,91	Next Generation EU - PNRR - M4C2 (MUR)	Affiliato Spoke
One Health Basic and Translational Research Actions addressing Unmet Needs on Emerging Infectious Diseases - INF ACT	01/11/2022	31/10/2025	114.500.000,00	1.021.617,20	Next Generation EU - PNRR - M4C2 (MUR)	Affiliato Spoke (per il tramite di A.I.Z.S.)
SPARROW - Seeking Preemptive Antiviral Responses and Rapid diagnostic tools for West Nile Virus Outbreaks in One Health Approach	30/08/2024	29/08/2026	997.746,00	196.880,00	Next Generation EU - PNRR - M6C2 (Ministero Salute)	Partner
Impatto dei contaminanti ambientali tossici e persistenti di interesse prioritario nei prodotti ittici del Mar Mediterraneo. Scenari di esposizione alimentare ed effetti sulla salute umana. CAP-fish	24/03/2022	31/12/2026	2.100.000,00	995.900,00	PNC - Investimento E.1 (Ministero Salute)	Partner
Acqua, Clima e Salute: dalla protezione dell'ambiente delle risorse all'accesso all'acqua, alla sicurezza d'uso. ACeS	24/10/2023	31/12/2026	699.593,17	280.000,00	PNC - Investimento E.1 (Ministero Salute)	Partner

L'Istituto ha individuato misure utili al contrasto della corruzione che sono risultate efficaci tra le principali ci sono i regolamenti dell'Ente pubblicati sul sito web nella sezione Trasparenza e il Codice di Comportamento aggiornato da ultimo nel 2024 e costituisce anche la Policy anticorruzione ai sensi della norma UNI ISO 37001:2016.

Nel 2024 e nel 2025 si sono tenuti gli audit necessari al mantenimento della certificazione ai sensi della UNI ISO 37001:2016 ottenuta a febbraio 2023 dall'Ente di certificazione CertiQuality. L'intera organizzazione è stata coinvolta: sono state verificate le sedi, le attività e le procedure sensibili; l'Istituto ha lavorato duramente per dimostrare l'idoneità, l'efficacia e l'efficienza delle misure adottate per prevenire la corruzione che si fondano su una solida governance, la sensibilizzazione e la formazione del personale e un sistema di segnalazione degli abusi.

Per analizzare il contesto interno sono stati tenuti in considerazione gli audit interni ed esterni con i responsabili delle strutture, i risultati dei monitoraggi e l'assenza di segnalazioni del *Whistleblower*.

Le misure di contrasto esistenti sono state integrate con quelle aggiuntive, individuate ed adottate per il conseguimento e il mantenimento della certificazione; sono state condivise dal personale degli uffici e sono entrate a far parte delle procedure di lavoro rafforzando in tal modo il sistema di prevenzione della corruzione.

Situazione economico patrimoniale

L'IZSAM è finanziato dal Fondo Sanitario Nazionale per circa il 51%, da entrate per attività di progetto per circa il 42%, da entrate per progetti di ricerca per circa il 7%.

Le fonti di finanziamento principali sono rappresentate dai contributi in conto esercizio pari al 81,11% del Valore della produzione, rappresentati dal Fondo Sanitario Nazionale per il 50,61% e da altri contributi vincolati per attività istituzionali, di progetto o ricerca.

In media la quota dei contributi in c/esercizio da Regione Abruzzo compresi i trasferimenti delle quote del fondo sanitario Nazionale (24.826.857,37) rappresentano circa il 44% del Valore della produzione. Il 2,62% del Valore della produzione è costituito dai ricavi per prestazioni sanitarie.

Tra i finanziamenti per investimenti si segnalano i fondi del *Masterplan* Abruzzo - Patto per il Sud, i finanziamenti assegnati dal Ministero della Salute nell'ambito delle convenzioni sottoscritte con l'istituto per la gestione dell'anagrafe nazionale degli animali, della banca dati del farmaco veterinario, dei controlli *postmarketing*, per la gestione delle emergenze (covepi e cesme) e bse e scrapie (ex L.3/01) e per l'efficientamento dell'officina farmaceutica del Reparto produzione vaccini batterici e presidi diagnostici.

Tabella 18 Risultato di esercizio e disponibilità liquide al 2020 al 2023

Forma giuridica	Risultato di esercizio 2020	Risultato di esercizio 2021	Risultato di esercizio 2022	Risultato di esercizio 2023
Ente sanitario di diritto pubblico Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise	15.939.098,73	7.857.895,12	2.853.382,71	1.803.314,80

Forma giuridica	Disponibilità liquide 2020	Disponibilità liquide 2021	Disponibilità liquide 2022	Disponibilità liquide 2023
Ente sanitario di diritto pubblico Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise	22.670.760,93	28.551.951,05	38.314.097,81	27.228.103,49

Tabella 19 Principali dati di bilancio da 2020 al 2023.

Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise	2020	2021	2022	2023
Valore produzione	68.213.142,76	65.187.550,64	53.486.127,47	56.348.023,26
Risultato di esercizio	15.939.098,73	7.857.895,12	2.853.382,71	1.803.314,80
Contributo in c/esercizio da regione Abruzzo (*)	21.472.046,75	21.846.376,58	26.386.349,50	24.826.857,37
Patrimonio netto	112.599.876,92	114.935.972,03	117.941.754,70	119.838.726,51
Debiti v/banche	-	-	-	-
Interessi attivi	1,00	13.381,44	5.606,82	9.535,82
Ricapitalizzazioni	-	-	-	-

(*) compresi i trasferimenti delle quote del Fondo Sanitario Nazionale (CIPE).

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti. Anno 2023

(Pubblicazione ai sensi dell'art 33, comma 1 del D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.L.66/2014, nonché del D.P.C.M. 22/9/2014, art 9 e 10)

Giorni di anticipo/ritardo ponderati per importo di liquidazione -482.861.075,22

Totale Liquidazioni (euro) 20.981.607,18

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti: -23,01

Procedimenti disciplinari

Nel corso dell'anno di riferimento non sono stati avviati procedimenti disciplinari riconducibili ad eventi corruttivi a carico di dipendenti.

Registro Accessi

Nel 2024 non ci sono state richieste di accesso civico semplice o generalizzato.

Contenzioso

Il contenzioso in corso consta di 7 procedimenti. Il trend risulta in linea con quello degli anni precedenti.

2.3.5.1.2 Analisi del contesto esterno (informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'Istituto opera)

L'analisi del contesto esterno si propone di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Istituto opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni, come descritto nella parte generale del PIAO, che ne potrebbero influenzare l'attività.

L'analisi del contesto esterno, come richiesto dalla normativa, viene effettuata ai fini dell'identificazione e dell'analisi dei rischi e, conseguentemente, all'individuazione e programmazione di misure di prevenzione specifiche.

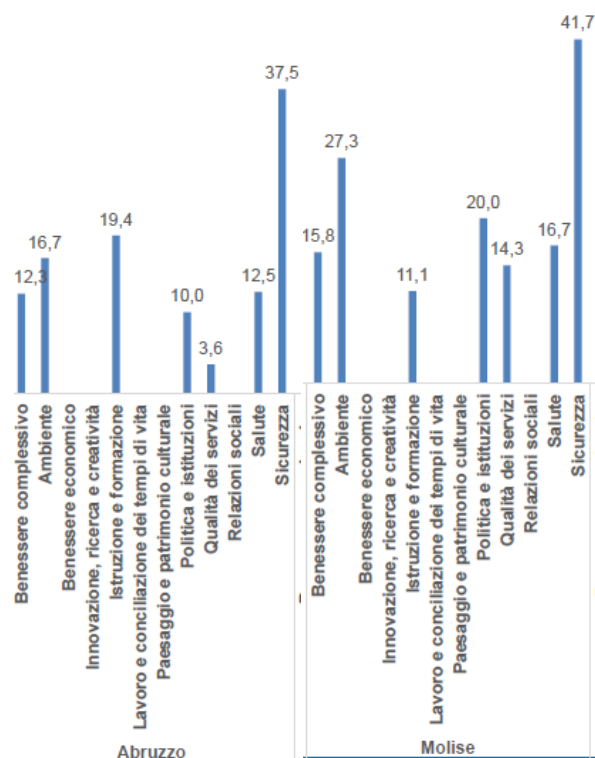
Per valutare il livello di rischio per l'Istituto si è partiti dai dati riportati nel Rapporto sul "Benessere equo e sostenibile dei territori" – Best 2024 dell'ISTAT e sono stati consultati i dati dell'Abruzzo e del Molise.

Il documento alla sua seconda edizione delinea i profili di benessere equo e sostenibile delle regioni – e delle rispettive province.

Di seguito gli indicatori presi in considerazione nello studio suddivisi per regione:

Figura 7. Indicatori provinciali per regione e dominio sulle regioni del Mezzogiornobes dei territoriIstat Istituto Nazionale di Statistica**Lente sulle regioni del Mezzogiorno**

Indicatori provinciali nella classe alta per regione e dominio (%)



1 Gli indicatori sono aggiornati all'ultimo anno di riferimento reso disponibile dalle fonti alla data del 20 giugno 2024.

2 Per gli approfondimenti si veda la nota metodologica del report e la pagina dedicata al Bes dei territori

<https://www.istat.it/statisticheper-temi/focus/benessere-e-sostenibilita/la-misurazione-del-benessere-bes/il-bes-dei-territori/>

Il report analizza le regioni e le sue province evidenziando i punti di forza e di debolezza. L'Abruzzo presenta livelli di benessere in linea con la media-Italia e migliori della media delle province del Mezzogiorno. Infatti, considerando le distribuzioni di 64 indicatori provinciali in 5 classi di benessere relativo (bassa, medio-bassa, media, medio-alta e alta) nell'ultimo anno disponibile³, il 35,1 per cento delle misure colloca le province abruzzesi nelle classi di benessere alta e medio-alta mentre il 33,2 per cento le colloca nelle classi bassa e medio-bassa; gli stessi valori calcolati su tutte le province italiane sono rispettivamente del 41,8 per cento e del 35,6 per cento, mentre quelli calcolati sulle province del mezzogiorno sono rispettivamente 26,2 per cento e 52,1 per cento. La distribuzione del reddito disponibile equivalente (elaborata sulla base del sistema integrato dei registri dell'Istat) segnala per l'Abruzzo livelli inferiori a quelli nazionali ma leggermente superiori a quelli del Mezzogiorno: il 50 per cento degli individui residenti in famiglia dispone di almeno 16.600 euro annui a fronte di un valore mediano di 17.500 euro per l'Italia e di 13.600 euro per il Mezzogiorno. La provincia di L'Aquila ha il livello di reddito più elevato (16.900 euro annui) e la maggiore disuguaglianza, Chieti il più basso (16.300 euro) e una disuguaglianza più contenuta rispetto a L'Aquila.

Tabella 20. Indicatori economici per provincia. Abruzzo. Anno 2021

Specializzazione produttiva (a)							
Province REGIONE Ripartizione	Valore aggiunto (a)		Industria in senso stretto (c)			Unità locali (u.l.) (b)	Dimensione media u.l. (b)
	€ per abitante	€ per occupato	per 100 occupati	per 100 occupati	per 100 occupati	per 1.000 residenti (15-64 anni)	addetti per u.l.
L'Aquila	23.577	60.702	4,5	12,1	72,6	130,5	2,9
Teramo	22.944	55.183	3,8	23,3	63,7	137,6	3,4
Pescara	23.080	59.512	2,3	12,2	78,6	147,8	2,9
Chieti	24.263	56.283	5,3	22,5	65,7	125,6	3,9
ABRUZZO	23.507	57.730	4,1	18,0	69,7	135,0	3,3
Mezzogiorno	18.283	53.476	6,8	11,4	74,6	108,9	3,0
Italia	27.688	65.031	3,6	16,7	73,2	130,9	3,6

Fonte: (a) Istat, Conti territoriali; (b) Archivio statistico delle imprese attive - ASIA

(c) Industria escluso il settore delle Costruzioni.

Il Molise presenta livelli di benessere relativamente più bassi rispetto al complesso delle province italiane valutate sugli 11 domini del Bes dei territori. Infatti, considerando le distribuzioni di 64 indicatori provinciali in 5 classi di benessere relativo (bassa, medio-bassa, media, medio-alta e alta) nell'ultimo anno disponibile, il 27,8 per cento delle misure colloca le province molisane nelle classi di benessere alta e medio-alta mentre il 42,1 per cento le colloca nelle classi bassa e medio-bassa (gli stessi valori calcolati su tutte le province italiane sono rispettivamente del 41,8 per cento e 35,6 per cento). Tuttavia, circoscrivendo l'analisi alle sole regioni della ripartizione, il profilo del Molise evidenzia una penalizzazione relativamente minore rispetto al Mezzogiorno poiché la frequenza dei suoi posizionamenti nelle due classi più elevate è superiore alla media (+1,6 punti percentuali), mentre la frequenza dei posizionamenti nelle due classi di coda è ben al di sotto della media di ripartizione (-10,1 punti percentuali).

La distribuzione del reddito disponibile equivalente (basata sul sistema integrato dei registri) segnala per il Molise un livello di reddito disponibile equivalente inferiore a quello nazionale ma superiore a quello del Mezzogiorno. Il 50 per cento degli individui residenti in famiglia dispone al più di 14.800 euro annui, a fronte di un valore mediano di 17.500 euro per l'Italia e di 13.600 per il Mezzogiorno. Le due province della regione mostrano differenze contenute. La provincia di Isernia presenta il livello mediano di reddito leggermente più elevato (15.200 euro) rispetto ai 14.700 euro della provincia di Campobasso, che evidenzia tuttavia una minore dispersione e, dunque, una minore disuguaglianza tra gli individui.

Tabella 21. Indicatori economici per provincia. Molise. Anno 2021

Province REGIONE Ripartizione	Specializzazione produttiva (a)						Dimensione media u.l. (b)
	Valore aggiunto (a)		Agricoltura	Industria in senso stretto (c)	Servizi	Unità locali (u.l.) (b)	
€ per abitante	€ per occupato	per 100 occupati	per 1.000 residenti (15-64 anni)	addetti per u.l.			
Campobasso	20.852	57.020	8,0	14,3	69,6	122,8	2,9
Isernia	19.128	54.174	5,2	12,9	71,3	136,6	2,7
MOLISE	20.375	56.253	7,3	13,9	70,1	126,6	2,8
Mezzogiorno	18.283	53.476	6,8	11,4	74,6	108,9	3,0
Italia	27.688	65.031	3,6	16,7	73,2	130,9	3,6

Fonte: (a) Istat, Conti territoriali; (b) Archivio statistico delle imprese attive - ASIA

(c) Industria escluso il settore delle Costruzioni.

In tale ambito socio economico si inserisce lo studio tratto dal "Report sui reati corruttivi" del Servizio Analisi Criminale del Ministero dell'Interno, pubblicato nel maggio 2024. L'ambito analizzato è quello dei delitti legati al fenomeno corruttivo, ricompresi tra i delitti contro la Pubblica Amministrazione, che sono contemplati nel titolo II del libro II del Codice penale e riguardano gli illeciti che incidono negativamente sulle attività dello Stato e degli Enti pubblici.

Sono state individuate dodici fattispecie, in relazione alle quali si intende valutare l'evoluzione del fenomeno a livello nazionale ed individuare le aree geografiche che risultano maggiormente interessate, analizzando un periodo di tempo ampio, che va dal 2004 al 2023, con dati consolidati e, pertanto, non più soggetti a variazioni.

Tabella 22. Delitti contro la Pubblica Amministrazione dal 2004 al 2023

Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2023.
(Dati consolidati di fonte SDI/SSD)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Art. 314 -Peculato-	274	279	243	270	282	330	387	333	453	443	403	360	374	371	348	465	273	286	247	271
Art. 316 -Peculato mediante profitto dell'errore altrui-	17	11	15	22	14	41	49	44	47	23	26	18	14	6	8	3	5	11	7	3
Art. 317 -Concussione-	138	115	86	130	145	140	146	130	168	130	111	65	69	67	53	55	45	41	45	43
Art. 318 -Corruzione per l'esercizio della funzione-	27	21	14	18	17	41	19	13	18	17	24	39	36	35	24	27	23	16	27	18
Art. 319 -Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio-	119	93	92	92	120	98	82	95	115	101	76	120	112	126	80	114	81	72	76	35
Art. 319 ter -Corruzione in atti giudiziari-	9	6	10	7	4	7	6	8	5	8	6	8	22	10	11	17	21	9	5	9
Art. 319 quater -Induzione indebita a dare o promettere utilità-										31	33	44	50	37	31	33	52	26	29	18
Art. 320 -Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio-	12	12	6	18	11	32	10	19	22	17	9	29	13	8	15	8	12	12	18	3
Art. 321 -Pene per il corruttore-	74	60	55	56	65	65	49	73	71	75	46	95	84	99	57	86	65	54	69	23
Art. 322 -Istigazione alla corruzione-	173	167	184	195	246	217	216	222	202	182	185	169	144	157	134	116	97	100	81	93
Art. 323 -Abuso d'ufficio-	1.016	1.051	935	1.097	1.168	1.089	1.193	1.196	1.259	1.144	1.254	1.179	1.177	1.106	1.063	1.009	1.365	1.157	966	658
Art. 346 bis -Traffico di influenze illecite-											2	4	8	1	9	7	20	28	19	24

È interessante notare come, per le quattro macro-categorie: concussione, reati corruttivi e peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui, abuso d'ufficio, il confronto dei dati nazionali evidenzia, tra il 2004 ed il 2023, delle riduzioni significative.

In Italia, nel triennio che va dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2023 si ottiene un valore medio nazionale di 8,31 eventi per 100 mila abitanti, con le regioni Basilicata, Calabria e Molise che hanno la più alta concentrazione di eventi delittuosi ogni 100 mila abitanti.

Tabella 23. Incidenza dei reati corruttivi (artt. 318, 319, 319 ter, 320, 321, 322, 346 bis c.p.) per 100.000 abitanti (2021-2023)

Regione	Reati per 100.000 abitanti
Basilicata	4,43
Calabria	2,88
Umbria	2,76
Molise	2,19
Puglia	2,13
Sicilia	2,12
Campania	2,09
Lazio	1,99
Media Nazionale	1,53
Marche	1,47
Liguria	1,24
Toscana	1,2
Sardegna	1,19
Emilia-Romagna	1,17
Piemonte	1,12
Lombardia	1,11
Trentino-Alto Adige	1,06

Regione	Reati per 100.000 abitanti
Valle d'Aosta	0,78
Veneto	0,71
Friuli Venezia Giulia	0,65
Abruzzo	0,3

Analizzando i dati il Molise ha un tasso di 2,19 reati corruttivi per 100.000 abitanti e si colloca al quarto posto a livello nazionale, al di sopra della media nazionale di 1,53.

L'Abruzzo registra un tasso significativamente inferiore, pari a 0,30 reati per 100.000 abitanti, posizionandosi al di sotto della media nazionale.

I dati evidenziano una differenza significativa tra le due regioni: mentre il Molise presenta un'incidenza dei reati corruttivi superiore alla media nazionale, l'Abruzzo registra valori notevolmente inferiori.

Queste informazioni sono state utili per orientare le strategie di prevenzione e contrasto della corruzione contenute nel Piano.

Nel 2024 i monitoraggi interni e gli audit esterni non hanno riscontrato casi o situazioni di allarme o che abbiano influito sul funzionamento dell'Ente. Non sono state ricevute segnalazioni di illecito sulla piattaforma del *Whistleblower* e durante i monitoraggi i dirigenti intervistati hanno riferito di non aver avuto alcuna percezione di comportamenti potenzialmente illeciti nello svolgimento della propria attività. Non si è avuta nessuna notizia di procedimenti penali a carico dei dipendenti dell'Ente per reati contro la pubblica amministrazione.

2.3.5.2 Comprendere le esigenze e le aspettative degli Stakeholder per l'anticorruzione

Per una puntuale descrizione del contesto esterno è utile specificare quali sono i soggetti con cui l'Istituto interagisce. I soggetti esterni con cui interagisce sono indicati nella parte generale del PIAO.

Il quadro normativo traccia i compiti e l'ambito di intervento dell'Istituto da cui si delineano le aspettative degli stakeholder in materia di anticorruzione. (Tab 24, 25 e 26)

Tabella 24. Stakeholder in materia di anticorruzione

Stakeholder	Attività svolte dall'Istituto	Aspettative
- Ministero della Salute; - Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste; - Ministero dell'Istruzione e del Merito; - Ministero degli Affari esteri e della Cooperazione internazionale; - Organizzazioni internazionali (WOAH, OMS, FAO); - Istituzioni comunitarie (Commissione Europea, Autorità europea per la sicurezza alimentare – ESFA); - Centri di Referenza Comunitari e di Paesi Esteri; - Istituti di ricerca italiani (Istituto Superiore di Sanità e la rete degli	- ricerca sperimentale sull'eziologia e la patogenesi delle malattie infettive e diffusive degli animali, - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; - esami per la diagnosi di laboratorio delle malattie animali, per la sicurezza microbiologica e chimica degli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana e dei mangimi zootecnici; - sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, dell'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti di origine animale; - produzione di vaccini, reagenti e prodotti immunologici per la profilassi e la diagnosi delle malattie animali;	puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità

Stakeholder	Attività svolte dall'Istituto	Aspettative
Istituti Zooprofilattici Sperimentali) e internazionali; - Aziende Sanitarie Locali; - Regioni Abruzzo e Molise; - Province e Comuni; - Agenzie, regionali e provinciali, per la protezione dell'ambiente; - Università	- consulenza, l'assistenza e l'informazione sanitaria; - formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori di Sanità Pubblica Veterinaria	
- Ordini professionali; - Consorzi e associazioni di categoria; - Allevatori; - Macelli; - Operatori del settore alimentare e stabilimenti di produzione e trasformazione di alimenti di origine animale; - Ristorazione pubblica e collettiva	- esami per la diagnosi di laboratorio delle malattie animali, per la sicurezza microbiologica e chimica degli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana e dei mangimi zootecnici - consulenza, l'assistenza e l'informazione sanitaria agli allevatori per la bonifica sanitaria e per lo sviluppo e il miglioramento igienico delle produzioni animali; - formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori di Sanità Pubblica Veterinaria	puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità
Enti di accreditamento	seguire le norme della qualità	rispetto delle norme della qualità
Forze dell'ordine	- esami di laboratorio; - consulenza su attività connesse agli esami di laboratorio	puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità
- Scuole; - Cittadini/consumatori	- educazione sanitaria - informazione e divulgazione	puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità

Tabella 25. Partecipazioni societarie

Società	Funzioni e attività svolte	Ragione (denominazione) sociale	% di partecipazione	Durata dell'impegno
GAL LEADER TERAMANO S.C.A.R.L.	Collaborazione per le attività di realizzazione di progetti comunitari di sviluppo economico in particolare a carattere rurale e prioritariamente per la realizzazione dei Programmi Leader	Società Consortile leader teramano a responsabilità limitata	0,10%	in liquidazione
FLAG MOLISE COSTIERO www.flagmolise.it	Attuare la strategia di sviluppo locale per il miglioramento della qualità della vita nelle zone di pesca coinvolte nel Piano di Azione Locale (PdA)	Associazione Flag Molise costiero	9%	31/12/2030
FLAG Costa blu www.flag-costablu.it	Promozione e miglioramento della qualità della vita nelle zone di pesca	FLAG Costa blu – Società Consortile a responsabilità limitata	6,67%	31/12/2050
Molise Innovazione agro-alimentare – M.I.N.A.	Attività di ricerca, sviluppo, formazione nel settore agro-alimentare	M.I.N.A. Società Consortile a responsabilità limitata	4%	in liquidazione

Tabella 26. Enti di diritto privato partecipati.

Denominazione	Funzioni e attività svolte	Ragione (denominazione) sociale	% di partecipazione	Durata dell'impegno
A.I.Z.S. www.izsler.it/AI/IZSTrasparenza/firstPage.jsp	Promozione e sviluppo del sistema qualità negli IIZZSS	ASSOCIAZIONE ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI- Associazione	10%	illimitata
APRE www.apre.it	Supporto e assistenza per la partecipazione ai programmi e iniziative di collaborazione nazionale e europee nel campo della ricerca, sviluppo tecnologico e innovazione (RSTI)	AGENZIA PER LA PROMOZIONE DELLA RICERCA EUROPEA- Associazione riconosciuta	Contributo annuale	illimitata

2.3.5.3 Determinare il campo di applicazione del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione

Il campo di applicazione della presente sottosezione è l'insieme dei processi che regolano le attività dell'Ente: "attività sanitarie di ricerca e sperimentazione, analisi del rischio, epidemiologia, sicurezza alimentare, igiene degli allevamenti, monitoraggio e ricerca sugli ecosistemi acquatici e terrestri produzione di vaccini, reagenti e prodotti immunologici, benessere animale, formazione, progettazione in ambito nazionale e internazionale, gestione delle anagrafi nazionali degli animali."

Collegamento con il ciclo della Performance

Il Piano Strategico aziendale individua le aree scientifiche prioritarie di attività dell'Istituto indicando l'anticorruzione come priorità trasversale per l'Organizzazione.

Nel corso dell'anno 2024 l'Istituto, come sempre, ha garantito una stretta interazione tra l'attività anticorruzione e la Performance attraverso l'inserimento di un obiettivo obbligatorio per ogni struttura in materia di anticorruzione.

La validità e la verifica della coerenza tra quanto indicato nella sottosezione e gli obiettivi individuati nel Piano della Performance sono garantiti dall'OIV che valuta altresì l'adeguatezza degli indicatori e utilizza le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle Performance.

Con la riforma della semplificazione Amministrativa, che ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) con L. 113/2021, è stata raggiunta una più stretta integrazione tra la presente sottosezione e la Performance permettendo di verificare più agevolmente il collegamento tra i due documenti.

2.3.5.4 Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione

Mappatura dei processi

L'Istituto per la mappatura dei processi ha seguito le indicazioni contenute nel PNA 2019, negli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", ANAC 02/02/2022, nella UNI ISO 37001:2016 e nel PNA 2022 e 2023. È stata effettuata una revisione e un aggiornamento della mappatura dei processi pur non avendo registrato fenomeni corruttivi in occasione dei monitoraggi propedeutici agli audit esterni per la certificazione. Con la collaborazione dei dirigenti di riferimento, per mappare i processi, è stata analizzata tutta l'attività svolta dall'Ente.

Il processo seguito per la mappatura del rischio è scisso in tre passaggi fondamentali:

- identificazione;

- descrizione;
- rappresentazione.

Identificazione

Partendo dal funzionigramma dell'Ente è stato individuato un elenco di processi amministrativi svolti dall'organizzazione per definire una lista di attività che sono state oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

Sono state individuate aree di processo generali e specifiche.

Le aree generali sono quelle richieste dalla legge tra cui:

- acquisizione e gestione del personale;
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto diretto ed immediato per il destinatario;
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- affari legali e contenzioso;
- gestione delle entrate delle spese e del patrimonio.

Le aree specifiche sono quelle caratteristiche delle attività dell'Ente e contenute nella tabella di valutazione dei rischi All.2. tra cui:

- attività analitica
- produzione e distribuzione Kit, reagenti diagnostici, terreni di coltura;
- produzione vaccini stabulogeni;
- inceneritore;
- sponsorizzazioni.

Descrizione

La fase successiva all'identificazione dei processi, particolarmente rilevante e impegnativa, è stata quella di definire le attività e le fasi attraverso la loro descrizione. Tale operazione è risultata indispensabile per identificare più agevolmente i rischi e quindi inserire le misure preventive.

Nel 2023 la descrizione è stata sottoposta a verifica e modificata in occasione dell'entrata in vigore del nuovo Codice degli appalti, del PNRR, del PNA 2023 e degli audit interni ed esterni. Ogni anno la descrizione dei processi sarà revisionata e adattata ai mutamenti organizzativi.

Rappresentazione

L'IZSAM ha scelto di adottare un sistema in forma tabellare per semplicità di consultazione. Lo schema utilizzato è simile a quello suggerito dall'ANAC: le aree di rischio "generali" sono quelle comuni a tutte le pubbliche Amministrazioni, quelle "specifiche" sono relative al Sistema Sanitario Nazionale e le "altre aree" sono quelle individuate per l'IZSAM.

2.3.5.5 Valutazione del rischio di corruzione

Il censimento dei processi è soggetto a revisione continua, in ragione dei mutamenti organizzativi, del verificarsi di eventi significativi, dei suggerimenti giunti dal contesto interno o esterno nonché dalle modifiche della normativa di settore. Un'adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera Amministrazione e non unicamente del RPCT.

È importante sottolineare che un livello alto di rischio non va interpretato come indicativo di una forma di corruzione in atto poiché segnala una criticità "potenziale" di cui l'Ente assume adeguata e prudente consapevolezza e che si impegna a presidiare attraverso la

pianificazione di opportuni interventi, nel quadro della strategia di prevenzione della corruzione.

La valutazione del rischio (**Allegato n. 2 Tabella di Valutazione del rischio 2025/2027**) si articola in tre fasi:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione.

Identificazione

Oggetto di analisi sono state le singole attività. Le fonti informative utilizzate per l'identificazione degli eventi rischiosi sono state:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato in altre amministrazioni o enti simili;
- gli incontri e i confronti con i responsabili degli uffici e il personale;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT, dalla funzione di conformità e dal gruppo di lavoro;
- gli audit dell'Organismo di certificazione;
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'ANAC per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre Amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa.

L'analisi di questi fattori ha consentito di adottare le misure specifiche di trattamento più efficaci.

Analisi e ponderazione

Come stabilito nell'allegato 1 del PNA 2019, nel corso del 2020, si è proceduto a trasformare l'analisi del rischio passando da un approccio di tipo numerico quantitativo ad uno nuovo di tipo valutativo (qualitativo).

Nel presente Piano, nella colonna "giudizio sintetico" sono state utilizzate le diciture alto, medio, basso che hanno il compito di fornire una misurazione del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi. La ponderazione tiene conto della probabilità declinata in: discrezionalità, livello di interesse, complessità del processo, valore economico e frazionabilità del processo. È stato considerato anche l'impatto declinato in: organizzativo, economico, reputazionale, di immagine. Al giudizio sintetico è stata affiancata la colonna "motivazione" che è servita ad esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio che non fosse solo un mero calcolo matematico. Ogni misurazione è stata adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

Per alcuni processi non sono stati rilevati rischi data la mancanza di discrezionalità e la natura dei clienti:

- la vendita di Antigeni di Stato "Antigene unico al Rosa Bengala per la Siero Agglutinazione Rapida", di "Tubercolina PPD Bovina" e kit ELISA poiché disciplinate da decreti ministeriali o da deroghe specifiche che vincolano sulle tariffe e stabiliscono gli acquirenti. I clienti sono di norma altri Istituti Zooprofilattici o Enti del Sistema Sanitario Nazionale;
- la vendita agli allevatori delle marche auricolari per grandi e piccoli ruminanti, poiché è un servizio svolto per conto del Ministero della Salute che ha istituito presso l'Istituto il centro servizi nazionale anagrafi degli animali. Le marche auricolari vengono stampate su ordine della ASL e successivamente inviate all'allevatore dietro pagamento di un corrispettivo. Il costo della marca è stabilito in base al prezzo

di mercato che permette soltanto di coprire i costi di gestione. L'Istituto esegue semplicemente quanto richiesto dalla ASL;

- l'Azienda Agricola poiché è di modesta rilevanza commerciale e svolge un'attività marginale rispetto alle altre.

Nel 2025 in occasione dell'aggiornamento della **Tabella di Valutazione del rischio** per alcuni processi è stato ridimensionato il grado di rischio individuato e riportato nel documento nella colonna "giudizio sintetico". Tale revisione, in diminuzione, è scaturita dall'analisi dei fattori abilitanti, dalla valutazione della probabilità e del rischio oltre che dalla obbligatorietà dell'attività per previsioni normative che non lasciano alcuna discrezionalità all'Ente.

2.3.5.6 Trattamento del rischio

Per l'ultima fase della gestione del rischio, L'IZSAM ha individuato una serie di misure finalizzate a prevenire o ridurre le probabilità che si verifichino eventi di corruzione o vengano compiute azioni illegali.

Il trattamento del rischio si articola in due fasi:

- individuazione delle misure;
- programmazione delle misure.

Individuazione delle misure

La Legge prevede misure generali e specifiche che devono essere formulate ed adottate dall'Ente tenuto conto della situazione interna. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera Amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale sugli specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'efficacia su problemi specifici. Nel 2022 sono state inserite misure richieste dalla norma UNI ISO 37001:2016 la *due diligence* e una più ampia applicazione delle procedure operative standard dell'Istituto.

Programmazione delle misure

Annualmente viene effettuato un monitoraggio interno e un audit dall'Organismo di certificazione per la verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati. In presenza di situazioni critiche o di cambiamento organizzativo viene effettuata la revisione e l'aggiornamento delle misure individuate. Anche in assenza del verificarsi di episodi corruttivi la valutazione del rischio viene rivista e nel caso ne viene diminuito il livello.

I monitoraggi permettono di verificare la correttezza della programmazione delle modalità e tempistiche di attuazione delle misure individuate. Per ogni attività sono stati stabiliti i tempi di attuazione delle misure, gli indicatori, i target e il soggetto responsabile del trattamento. Gli indicatori e i target consentono di misurare se i risultati prefissati siano stati raggiunti e se necessario rivalutare il giudizio sintetico.

2.3.5.7 Monitoraggio e riesame

Attuazione e idoneità delle misure, riesame periodico della complessità del sistema

Il monitoraggio è indispensabile per valutare lo stato di attuazione delle principali misure previste nei Piani, per acquisire suggerimenti circa l'inserimento di nuove e per individuare eventuali criticità da correggere; costituisce l'indicatore per il collegamento tra le due sezioni del PIAO: anticorruzione e performance. Nel 2023 è stato svolto un monitoraggio individuale per tutti i dirigenti dei reparti interessati attraverso audit in presenza finalizzati alla verifica sulla corretta applicazione delle misure ed eventuali suggerimenti sulla ponderazione del rischio. È stato svolto, inoltre, attraverso un questionario on line, un monitoraggio rivolto ai Responsabili dell'Ente finalizzato alla verifica della corretta applicazione delle misure anticorruzione e alla conoscenza del PIAO.

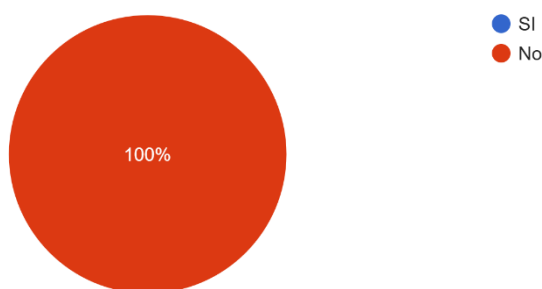
Dai risultati ottenuti è stato possibile avere informazioni per la predisposizione della Relazione annuale del RPCT e delle future attività anticorruzione.

Risultati monitoraggio anticorruzione 2024

Monitoraggio sull'applicazione delle misure anticorruzione rivolto ai Responsabili di Reparto e Laboratorio

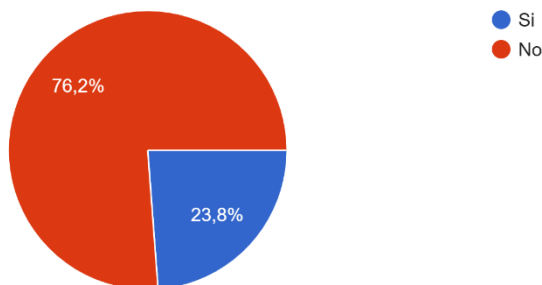
Si sono verificate situazioni di conflitto di interesse nel corso dell'anno 2024? Per il conflitto di interesse si rinvia al paragrafo 2.3.7 della sottose...e rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026

21 risposte



Sono stati svolti incarichi istituzionali e/o extra istituzionali? Si rinvia al Regolamento incarichi istituzionali e/o extra istituzionali

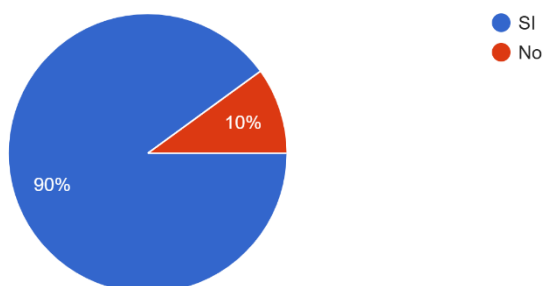
21 risposte



I responsabili che hanno risposto affermativamente alla domanda hanno dichiarato di aver rispettato il regolamento aziendale.

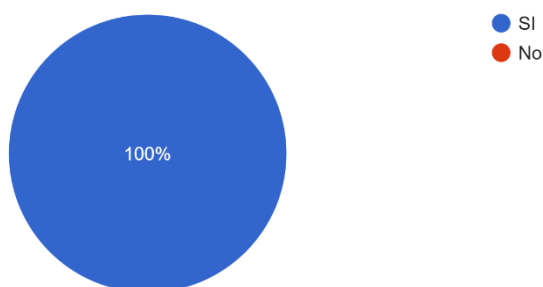
E' stata letta e condivisa con il personale la versione del Codice di Comportamento adottato nel 2024?

20 risposte



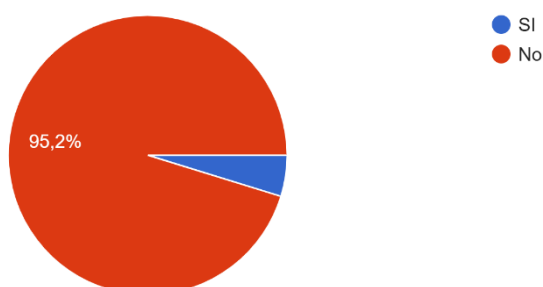
Sono state rispettate tutte le disposizioni previste nel Codice di comportamento?

21 risposte



Sono stati attivati procedimenti disciplinari?

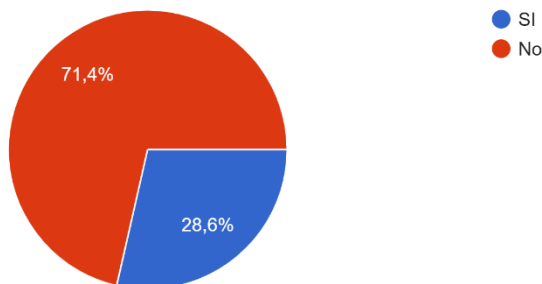
21 risposte



Il procedimento disciplinare attivato non è riconducibile in nessun modo a comportamenti o reati contro la Pubblica Amministrazione

Sono stati frequentati eventi formativi con argomenti correlati all'Anticorruzione e alla Trasparenza?

21 risposte



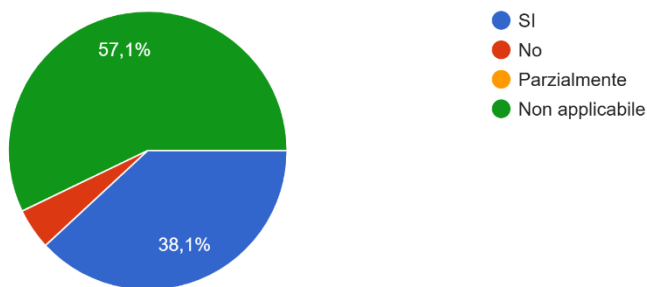
Alcuni dirigenti hanno suggerito argomenti da approfondire nel prossimo intervento formativo per migliorare l'attività di prevenzione della corruzione, in particolare:

- *“analisi di casi pratici per comprendere meglio le dinamiche corruttive. L'uso di tecnologie digitali e di intelligenza artificiale per monitorare e prevenire comportamenti illeciti”;*
- *“relativi al codice dei contratti pubblici”;*
- *“rotazione del personale”;*
- *incarichi istituzionali e/o extraistituzionali (2)*
- *“comprendere meglio le regole sui conflitti d'interesse, soprattutto quando non vi sia un chiaro interesse finanziario ma solo intellettuale”.*

Sono stati pubblicati tutti i dati previsti dal PIAO nell'allegato n.3 obblighi di pubblicazione

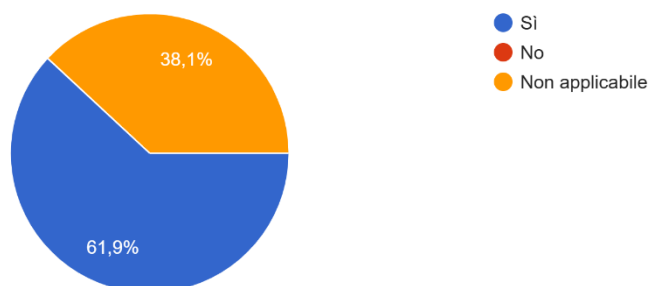
2024-2026? Il quesito è rivolto ai responsabili te...bblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente

21 risposte



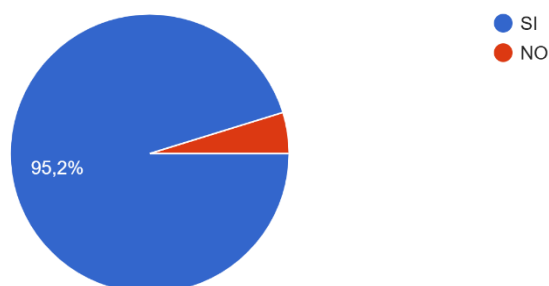
Per gli acquisti di prodotti ad elevato contenuto tecnico, ha applicato la misura anticorruzione prevista al paragrafo 2.3.7 della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026?

21 risposte



I sistemi informativi utilizzati, a suo avviso, sono strumenti utili per la prevenzione della corruzione?

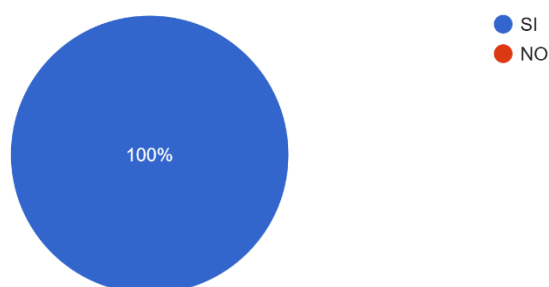
21 risposte



Un dirigente commenta che i sistemi operativi servono *“Non tanto a prevenire quanto a monitorare. La prevenzione è più legata ad atteggiamenti operativi e culturali”*.

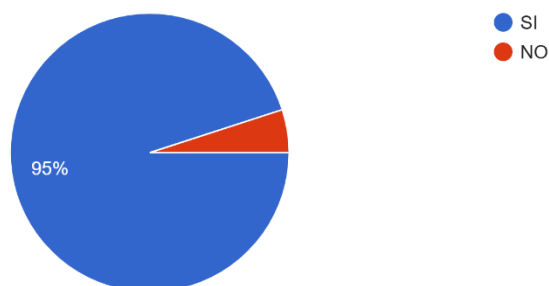
A suo parere i regolamenti aziendali sono utili per prevenire il rischio corruttivo?

21 risposte



E' a conoscenza della possibilità di segnalare illeciti verificatisi durante lo svolgimento della sua attività lavorativa (Whistleblower)? Si rinvia alla Piattaforma per la segnalazione di illeciti

20 risposte



La risposta NO da parte di uno dei dirigenti sarà tenuta in considerazione nella programmazione dell'intervento formativo che verrà erogato nel corso del 2025.

Consultazione e comunicazione

Tale fase è trasversale e contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio e consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione
- attività di comunicazione delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

La fase di consultazione e comunicazione è descritta nel paragrafo 2.3.12.1 Leadership e impegno del presente documento.

2.3.6 Leadership

2.3.6.1 Leadership e impegno

La Direzione dell'Ente ha sempre dimostrato di credere nel sistema di prevenzione della corruzione partecipando alla redazione dei Piani e dei regolamenti, favorendone la diffusione e l'applicazione e sostenendo tutte le attività intraprese dal responsabile Anticorruzione e della funzione di conformità.

A febbraio 2023 l'Istituto ha ottenuto la certificazione ai sensi della norma UNI ISO 37001:2016, la Direzione ha confermato l'impegno a mantenerla per il prossimo triennio.

La sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024/2026 è il documento che rappresenta l'impegno della Direzione e del CDA a rispettare la politica anticorruzione. La sottosezione è stata redatta dal RPCT con il supporto del gruppo di lavoro e dalla funzione di conformità, è stata elaborata con il coinvolgimento dell'intera struttura partendo dai dirigenti, che attraverso la conoscenza dell'organizzazione hanno fornito come sempre un supporto conoscitivo indispensabile al suo aggiornamento.

Attraverso la consultazione pubblica, meglio descritta di seguito, tutti i dipendenti dell'IZSAM, inclusi quelli a tempo determinato e i collaboratori, sono stati coinvolti per individuare i possibili rischi connessi all'attività dell'Istituto, per indicare le eventuali misure di prevenzione, per definire quali dati pubblicare per la trasparenza.

I direttori hanno collaborato e partecipato attivamente alla redazione della sottosezione attraverso contributi e suggerimenti forniti prima dell'adozione. Anche nel 2024 saranno confermati gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che hanno favorito il coinvolgimento dell'intera struttura.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha valutato l'attuazione del collegamento tra l'anticorruzione e la Performance e ne ha misurato il grado di raggiungimento. L'Organismo inoltre ha verificato i contenuti della relazione annuale del Responsabile recante i risultati dell'attività svolta ed ha attestato l'assolvimento degli obblighi relativi alla Trasparenza.

La sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024/2026 è stata pubblicata nella sezione "News" della home page del sito web istituzionale. In tal modo tutti gli interessati hanno avuto la possibilità di fare osservazioni e proporre le relative integrazioni. Al termine del periodo di consultazione non è pervenuto nessun contributo.

Anche nel 2024 le misure previste nel precedente Piano sono state sottoposte ad un monitoraggio generale. Le operazioni di controllo sono state svolte con la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti attraverso audit, questionari e verifiche documentali presso gli uffici. Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione risulta il vero obiettivo degli strumenti di anticorruzione, in quanto misura cosa è stato fatto, fornisce spunti per le attività di verifica, getta le basi per l'elaborazione della nuova sottosezione e, soprattutto, costituisce il punto di contatto con il ciclo della Performance.

Il portale Amministrazione Trasparente è stato sottoposto a controlli periodici e i risultati sono stati inviati ai dirigenti responsabili della pubblicazione che, ove necessario, hanno provveduto all'aggiornamento delle sezioni. Il gruppo di lavoro ha supportato i Reparti per l'inserimento dei dati e la riorganizzazione di quanto già pubblicato.

La presente sottosezione è parte del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) che viene redatto congiuntamente dagli uffici coinvolti sotto il coordinamento dei Responsabili, dei Direttori, del CDA e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza secondo le tempistiche dettate dalla normativa.

2.3.6.2 Politica per la prevenzione della corruzione

La politica di prevenzione della corruzione dell'Ente ai sensi della norma UNI ISO 37001:2016 è contenuta nel codice di comportamento.

L'Istituto continua a prevedere ed applicare anche tutte le disposizioni previste dalla L.190/2012 e s.m.i.

2.3.6.3 Ruoli organizzativi, responsabilità ed autorità

Ruoli e responsabilità

I soggetti cui è demandata l'attuazione della prevenzione della corruzione sono:

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- la Funzione di conformità;
- il gruppo di lavoro a supporto dell'attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituito con deliberazioni del Direttore Generale n. 529 del 21/09/2015 e n. 85 del 25/02/2016;
- l'Organo di indirizzo politico, individuato nel CDA;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- la Direzione dell'Ente;
- i dirigenti dell'Ente;
- i dipendenti e tutti coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'IZSAM.

Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza e Funzione di conformità per la prevenzione della corruzione

Nel 2024 c'è stato un avvicendamento tra il Dott. Lucio Ambrosj, responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e la Dott.ssa Arianna Di Eugenio nominata al suo posto con la delibera del CDA n.12 del 10/07/2024.

Con determina dirigenziale n. 93 del 16/05/2024 è stata nominata la funzione di conformità per la prevenzione della corruzione, Avv. Mauro Mammanna. Della funzione di conformità fanno parte anche Vanessa Maria Mancini e Janet Verrocchio membri dei gruppi di lavoro nominati con deliberazioni del Direttore generale n. 529 del 21/09/2015 e n. 85 del 25.02.2016. La norma UNI ISO 37001:2016 prevede che la funzione di conformità venga costituita per la prevenzione della corruzione dalla Direzione dell'Ente ed ha la responsabilità e l'autorità per supervisionare la progettazione del sistema, fornire consulenza e guida al personale circa il sistema implementato, assicurare che il sistema sia conforme ai requisiti e per relazionare sulla prestazione del sistema stesso alla Direzione e al CDA. Essa ha la facoltà di riportare alla Direzione e al CDA le criticità relative ad atti di corruzione o violazioni del sistema di gestione.

In caso di temporanea ed improvvisa assenza, il RPCT in carica viene sostituito dal Dott. Luca Di Tommaso, come da deliberazione n. 103 del 11/03/2022, per il tempo strettamente necessario a fronteggiare tale evenienza. Nel caso in cui l'assenza si traduca in una vera e propria vacatio il CDA provvede alla nomina nel più breve tempo possibile.

Il RPCT, secondo quanto stabilito dalla L. 190/2012 s.m.i. e dalla L. 33/2013 s.m.i., svolge le seguenti funzioni:

- elabora il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) (confluito nel PIAO come sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza) e i suoi aggiornamenti e ne cura la pubblicazione sul sito istituzionale www.izs.it;
- verifica la sua efficace attuazione e idoneità;
- propone modifiche al documento in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa con i dirigenti responsabili delle strutture competenti, l'effettiva rotazione dei dipendenti preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di commissione di reati di corruzione;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, anche su proposta dei dirigenti e responsabili di struttura;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- pubblica sul sito dell'IZS – Teramo una relazione recante i risultati dell'attività anticorruzione;
- aggiorna il codice di comportamento;
- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione della corretta applicazione delle misure anticorruzione previste nel Piano e degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza, assicurando la completezza, la chiarezza, l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, eventualmente, segnalando gli inadempimenti rilevati;
- segnala all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.), all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancata applicazione delle misure anticorruzione previste nel Piano o di protratto inadempimento degli obblighi di pubblicazione;
- è destinatario delle istanze di accesso civico semplice e riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso civico generalizzato o di mancata risposta;

- riceve, prende in carico le segnalazioni e pone in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni di illecito ricevute (*Whistleblower*);
- sollecita l'individuazione del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RSA) al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA);
- vigila sul rispetto della normativa in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi D.Lgs. 39/2013.

Per ulteriori approfondimenti sui compiti e responsabilità del RPCT si rinvia alla delibera ANAC n. 840 del 2018. In tale documento l'Autorità ha precisato che obiettivo principale del Responsabile è la predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione all'interno dell'Amministrazione e la verifica della sua corretta applicazione.

Non spetta al RPCT accertare responsabilità individuali né svolgere controlli di legittimità o di merito su atti o provvedimenti adottati dall'Amministrazione, a pena di sconfinare nelle competenze di altri soggetti a ciò preposti nell'Ente.

Il RPCT, coadiuvato dal gruppo di lavoro ha definito e perfezionato le misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione anche attraverso l'interlocuzione con i dipendenti di tutta la struttura e il loro coinvolgimento. Il RPCT ha lavorato in piena autonomia ed effettività responsabilizzando tutti coloro che a vario titolo hanno partecipato all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione.

Nel corso del 2023 il RPCT ha svolto il monitoraggio di tutte le misure individuate per verificare se i target fissati fossero stati rispettati o fosse necessario adottare misure correttive.

Il RPCT ha inviato, con il supporto del gruppo di lavoro, un questionario per monitorare l'applicazione delle misure previste dal PTPCT 2023-2025 rivolto ai responsabili di Laboratorio e di Reparto che hanno risposto anche per i collaboratori sotto la propria responsabilità.

È stato effettuato, inoltre, più di un monitoraggio sui dati e le informazioni presenti sul sito web Amministrazione Trasparente: i risultati di tale attività sono stati prontamente comunicati ai Responsabili, assicurando come di consueto il necessario supporto alla pubblicazione. È stata chiesta conferma di avvenuto aggiornamento delle sezioni segnalate ai responsabili per riscontro del lavoro svolto.

Nel corso degli anni sono stati erogati corsi di formazione anche di secondo livello in materia di anticorruzione e trasparenza, con focus sulla norma UNI ISO 37001:2016, rivolto ai dipendenti dell'Ente impiegati nelle aree a maggior rischio e a coloro che ne abbiano fatto esplicita richiesta.

Per le attività relative alla Trasparenza, il RPCT e il gruppo di lavoro hanno collaborato con l'unità operativa "Privacy e protezione dati personali" per contemperare le esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti, le libertà fondamentali e la dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Il RPCT ha redatto la Relazione sui risultati dell'attività svolta nel corso del 2024 e pubblicata sul sito istituzionale. Di tale documento, indispensabile per una corretta valutazione dei parametri di efficienza ed efficacia del lavoro svolto, è stata data comunicazione ai soggetti indicati dalla legge.

I referenti del RPCT

I dirigenti e i dipendenti hanno partecipato attivamente alle attività previste per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Anche nel 2024 i dirigenti hanno collaborato in qualità di referenti del RPCT per:

- l'attività informativa nei confronti del RPCT, dell'Autorità Giudiziaria e dell'UPD;
- l'osservanza del Codice di Comportamento e la segnalazione delle eventuali violazioni;

- l'osservanza delle misure previste nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza e la vigilanza sul rispetto delle disposizioni in essa contenute da parte dei dipendenti;
- la partecipazione ai monitoraggi periodici;
- la misurazione del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e il grado di collaborazione con il RPCT, in sede di valutazione della Performance;
- al mantenimento della certificazione UNI ISO 37001:2016.

Nel corso del 2025 tutti i dipendenti del comparto e della dirigenza, unitamente al personale con contratto di collaborazione o di consulenza, ai volontari e dottorandi, dovranno rispettare le misure di prevenzione della corruzione.

La violazione delle misure di prevenzione costituisce illecito disciplinare per i dipendenti, mentre per le altre figure assunte a vario titolo dall'Istituto può costituire giusta causa di risoluzione contrattuale (art. 1 comma 14 L. 190/2012).

2.3.7 Pianificazione

2.3.7.1 Azioni per affrontare i rischi e opportunità

Conflitto di interessi

La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'Amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il principale rimedio per evitare il rischio di comportamenti dannosi è l'astensione in caso di conflitto di interessi; con l'art.1, co. 41, della L. 190/2012 è stato introdotto l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi.

Il conflitto di interessi è stato adeguatamente trattato nel Codice di Comportamento adottato dall'Istituto, l'obbligo di astensione è esteso al dipendente coinvolto nell'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi o di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti o organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti o organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di Enti, di Associazioni anche non riconosciute, di 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.

In ambito contrattuale per prevenire il conflitto di interessi si applica quanto previsto nel Codice di Comportamento dell'Ente.

L'Istituto ha posto grande attenzione al conflitto di interessi in particolare nella gestione del rischio, applicando tutte le misure previste dalla legge e dai PNA dell'ANAC.

Altra misura di prevenzione è costituita dalla comunicazione degli interessi finanziari: il dipendente informa per iscritto il responsabile del reparto/laboratorio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni.

Nel 2024, il 100% dei dirigenti intervistati ha riferito nel monitoraggio annuale di non aver avuto né loro né il loro personale situazioni di conflitto neanche potenziale.

Nella formazione, che costituisce una delle principali misure di prevenzione per la corruzione, si è posta, negli anni, particolare attenzione alla materia del conflitto di interessi affinché tutti potessero essere informati e sensibilizzati ai rischi e ai relativi obblighi.

Il Codice di Comportamento adottato nel 2024 tratta ampiamente l'argomento e cerca di agevolare il dipendente introducendo alcune domande da porsi per valutare le condizioni che possano dar luogo ad un possibile conflitto. Anche nel 2025 le situazioni di conflitto di interessi saranno oggetto di verifica nel corso dei monitoraggi sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

In generale tutti i soggetti esterni che a vario titolo partecipano all'attività dell'Ente firmano dichiarazioni sul conflitto di interessi che vengono conservate nei reparti e valutate anche con la collaborazione del settore anticorruzione. Per la certificazione è stata introdotta la misura della *due diligence* che valuta anche l'assenza di conflitti.

Conflitto di interessi in materia di contratti pubblici

Il PNA 2022 e s.m.i. e il Codice degli appalti stabiliscono che le stazioni appaltanti devono prevedere adeguate misure per contrastare le frodi e la corruzione e devono individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire, così, la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.

Si ha conflitto d'interessi quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi - che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo il risultato - ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nell'ambito della procedura di appalto o di concessione.

Il Reparto Patrimonio e Logistica provvede a far firmare, acquisire e conservare le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.

Il RUP e il RPCT si raccordano per garantire il massimo controllo: il primo per la valutazione circa la sussistenza di conflitto, il secondo nella verifica dell'esistenza di presupposti di fondatezza del conflitto e per l'attuazione e l'idoneità delle misure previste per contrastarlo. Nel 2025 l'Istituto, per le dichiarazioni di conflitto di interessi, continuerà ad applicare quanto previsto dalla normativa.

Due Diligence

La norma UNI ISO 37001:2016 prevede che l'Istituto pianifichi, attui, riesami e sottoponga a monitoraggio i processi necessari per soddisfare i requisiti del Sistema attuando le seguenti azioni:

- stabilire i criteri per ognuno dei processi;
- attuare il controllo dei processi;
- conservare informazioni documentate nella misura necessaria a confidare che i processi siano stati effettuati alle condizioni previste.

Quelle sopra descritte sono azioni prescritte dalla *due diligence*. La funzione di conformità dell'Istituto ha redatto nel 2022 una procedura operativa standard IZS TE A1.cc Sop 001 rev.0 del 18.11.2022 che disciplina l'applicazione della *due diligence*. Nel 2024 la procedura è stata revisionata a seguito dei cambiamenti organizzativi.

La *due diligence* ha lo scopo di ottenere informazioni per approfondire natura ed entità del rischio di corruzione associato alle operazioni, progetti o attività, categorie di soci in affari o di personale. Essa prevede che, ove la valutazione del rischio di corruzione dell'Istituto abbia evidenziato un rischio superiore al basso, dev'essere fatta la valutazione della *due diligence* per avere informazioni al fine di verificare la conformità alle norme anticorruzione - tra cui conflitti di interessi anche potenziali - e che il soggetto o l'azienda non sia coinvolta direttamente o indirettamente in episodi di corruzione.

La *due diligence* si attua in occasione di:

- specifiche categorie di operazioni, progetti o attività;
- rapporti in essere o da instaurare con specifiche categorie di soci in affari;

- specifiche categorie di personale in alcune posizioni.

La categoria di “operazioni, progetti o attività” consiste in quelle che esulano dalla *mission* istituzionale dell’Istituto, e in particolare:

- *partnership* con istituti universitari o affini per l’istituzione di corsi di studio o per l’assegnazione di borse di studio;
- attività di natura privatistico-commerciale di valore superiore a € 40.000,00;
- iniziative di *fund raising*, sponsorizzazione o donazioni, attive o passive, che prevedano la raccolta o la dazione di fondi per importi superiori a € 40.000,00;
- acquisizione di nuove partecipazioni di maggioranza o di controllo in Enti pubblici o privati, o dismissione di tali partecipazioni.

Con riferimento alla categoria “soci in affari” essi sono: fornitori, partner di progetto, avvocati, clienti.

Con riferimento all’ultima categoria, è prevista la *due diligence* sul personale dirigenziale dell’Istituto, nonché ai soggetti espressamente delegati per specifiche operazioni ritenute a rischio superiore al basso (in particolare: membri di commissioni giudicatrici per concorsi, selezioni e affini, membri di commissioni giudicatrici per appalti pubblici da affidare all’offerta economicamente più vantaggiosa, capi-progetto con nomina espressa).

Nei casi in cui dalla *due diligence* emergano criticità, è previsto che precedentemente alla realizzazione delle operazioni, la funzione di conformità debba procedere, con proprio parere motivato a:

- valutare il rischio correlato all’operazione/progetto/attività;
- proporre alla Direzione le eventuali iniziative da assumere in caso di valutazione di rischio superiore al basso, o in ogni caso le misure specifiche a presidio del rischio rilevato.

I risultati della *due diligence*, salvo che non evidenzino l’inosservanza di obblighi di legge o scenari di rischio inaccettabili alla luce della Politica anticorruzione, servono all’Istituto per identificare e adottare le contromisure adeguate a compensare i rischi derivanti dal progetto, transazione, attività, rapporto con il socio in affari o posizione ricoperta o assunta dal personale.

Rientra fra i compiti della funzione di conformità l’esame degli esiti di tale procedimento e di proporre alla Direzione, alla luce della mappatura effettuata, eventuali misure volte a:

- aggiornare la valutazione del rischio in relazione a uno o più soci in affari, o a una o più transazioni con uno o più dei soci in affari, o in relazione a uno o più processi aziendali che possono essere interessati dalla relazione con uno o più soci in affari;
- proporre misure di contenimento dei rischi eventualmente rilevati in dipendenza del punto che precede;
- proporre, nel caso in cui non ravvisi possibili misure di contenimento, la risoluzione del rapporto in essere, che dovrà comunque essere decisa dalla Direzione.

La procedura di *due diligence* viene rinnovata in occasione di modifiche organizzative rilevanti intervenute nell’organizzazione, o in occasione di notizie rilevate dall’organizzazione relative a uno dei soci in affari oggetto di mappatura.

Attività e incarichi istituzionali ed extra-istituzionali

I dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell’abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali. La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell’art. 53 del D.Lgs. 165/2001, che prevede un regime di autorizzazione da parte dell’Amministrazione di appartenenza allo scopo di evitare che le attività extra-istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d’ufficio o interferiscano con i compiti istituzionali.

L'Istituto, in ottemperanza a quanto disposto dalla Legge, ha adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 728 del 24/11/2015 un apposito "Regolamento per lo svolgimento di incarichi istituzionali ed extraistituzionali" ove vengono indicati i criteri generali di conferimento, di autorizzazione e di svolgimento degli stessi che tutto il personale ha l'obbligo di rispettare. La richiesta di autorizzazione viene inviata attraverso l'impiego di modelli all'uopo predisposti.

L'Istituto adotta, inoltre, la specifica misura di trasparenza di cui all'art. 18 del D.Lgs. 33/2013, ai sensi della quale le Amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Nel 2024 è stata verificata l'applicazione della misura di prevenzione specifica durante il monitoraggio anticorruzione: il 23,8% degli intervistati ha dichiarato di aver svolto incarichi istituzionali o extra-istituzionali, il 100% ha rispettato quanto previsto dal Regolamento dell'Istituto. Negli anni passati l'argomento è stato oggetto di formazione che ha coinvolto i dirigenti amministrativi, il personale delle aree a maggior rischio e coloro che hanno richiesto di partecipare.

Nel 2025 verranno svolte le attività di monitoraggio che andranno a valutare la corretta applicazione della misura.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.

La L. 190/2012 ha introdotto l'articolo 35 bis nel D.Lgs. 165/2001 che fa divieto a coloro che sono stati condannati per reati contro la PA, anche con sentenza non definitiva, di assumere i seguenti incarichi: far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego, essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici, far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

L'ordinamento ha predisposto, con ritmo crescente, tutele di tipo preventivo volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche nelle diverse fasi di tali procedimenti.

In linea con quanto previsto dall'ANAC, per il 2025 l'Istituto continuerà a far sottoscrivere le dichiarazioni e a svolgere la sua attività di verifica a campione sulla sussistenza di eventuali procedimenti penali a carico dei soggetti cui intende conferire incarichi. Se all'esito della verifica dovessero risultare a carico del personale interessato dei procedimenti penali per delitti contro la PA, l'Istituto si asterrà dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione, applicherà le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. 39/2013 provvedendo a conferire l'assegnazione ad altro soggetto.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

La L. 190/2012 ha introdotto il comma 16-ter all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 che contempla l'ipotesi relativa alla suddetta "incompatibilità successiva" (*Pantouflage*) che si applica ai casi di passaggio dal settore pubblico al settore privato a seguito della cessazione dal servizio.

La norma intende evitare che i dipendenti delle PA possano utilizzare il ruolo e la funzione ricoperti all'interno dell'Ente di appartenenza per concludere accordi illeciti preordinati alla creazione di situazioni lavorative vantaggiose presso soggetti privati in seguito alla cessazione del rapporto di lavoro (*Pantouflage*).

Prevede, inoltre, in caso di violazione del divieto, specifiche conseguenze sanzionatorie nei confronti sia dell'atto sia dei soggetti coinvolti. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti sono nulli e i soggetti privati coinvolti non possono contrattare con la P.A. per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'Amministrazione potrebbe precostituirsi delle

situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

La norma si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo e che abbiano o abbiano avuto poteri autoritativi e negoziali. Il PNA 2022 ha precisato che rientrano nei poteri “autoritativi o negoziali” sia i provvedimenti afferenti specificatamente la conclusione dei contratti per l’acquisizione di beni e servizi, sia provvedimenti adottati unilateralmente dall’Amministrazione quale manifestazione del potere autoritativo che incidono, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tra questi può ricomprendersi anche l’adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualsiasi specie.

Per quanto concerne i soggetti privati destinatari dell’attività della PA svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, nel PNA 2022 ANAC ha precisato che:

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

L’Istituto ha predisposto una dichiarazione di impegno all’osservanza del divieto di *Pantouflage* (art. 7, comma 1, lett. c) con la quale il lavoratore “dichiara di essere consapevole che, a norma dell’art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i., è fatto divieto nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) presso soggetti privati nei confronti dei quali il medesimo dovesse avere esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi e negoziali”. La dichiarazione viene fatta firmare da tutti i dirigenti dell’Ente.

L’Istituto provvede ad inserire negli atti di incarico, nei contratti di acquisizione delle consulenze o dei servizi, apposite clausole di risoluzione del rapporto in caso di violazione del divieto. È stato previsto altresì l’inserimento della dichiarazione di assenza di *Pantouflage* anche al momento dell’iscrizione nella piattaforma telematica degli appalti in cui risulta che l’operatore economico dichiara di non trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. 50/2016.

Nel 2024 l’Istituto ha inserito in tutte le procedure previste dal Codice dei contratti pubblici, l’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto.

Nel 2025 l’Istituto continuerà ad applicare la misura ed adotterà un apposito regolamento redatto sulla base di quanto stabilito nelle Linee guida n. 1 in tema di c.d. divieto di *pantouflage* – art. 53, comma 16-ter, D. Lgs. 165/2001 (adottate con delibera dell’ANAC n. 493 del 25/09/2024).

Patti di integrità negli affidamenti

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra Amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell’azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. La sottoscrizione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzata ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale – gli impegni assunti rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto – sia sotto il profilo del contenuto – l’impresa si impegna alla corretta esecuzione del contratto di appalto e a tenere un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell’aggiudicazione del contratto.

L'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 dispone che "Le stazioni appaltanti possano prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca causa di esclusione dalla gara". Quanto sopra viene ribadito dall'ANAC nei PNA, in cui viene stabilito che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1 comma 17 della L. 190/2012, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le PA inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. L'Istituto ha redatto lo "schema di patti di integrità" che viene adottato nei casi previsti dalla normativa. La mancata sottoscrizione del patto costituisce elemento di esclusione del concorrente o nel caso di violazione di risoluzione del contratto. Nel 2025 il RPCT continuerà a vigilare sul rispetto di quanto previsto dalla legge e ad applicare la misura ove necessario.

Formazione

La formazione riveste una importanza strategica nell'ambito della prevenzione della corruzione ed è prevista dall'art. 1 commi 8 e 10 lett. C) della L. 190/2012.

La partecipazione del personale ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza risulta sanzionabile come violazione della presente sottosezione.

Negli ultimi anni la formazione specifica in tema di anticorruzione è stata erogata al personale dipendente, compreso quello che presta servizio nelle sedi periferiche, come previsto dai PTPCT e dai Piani della Performance. Il gruppo di lavoro ha sempre collaborato con il Reparto Formazione e Progettazione per effettuare una corretta analisi dei bisogni formativi, individuare i percorsi formativi più idonei e gli argomenti di maggiore interesse da trattare. È stata pianificata e realizzata un'attività formativa specifica sulle tematiche dell'anticorruzione rivolta al personale dell'Ente afferente alle aree maggiormente a rischio e a coloro che ne hanno fatto esplicita richiesta.

La formazione è considerata dall'Ente come una delle principali misure di contrasto a possibili casi di corruzione. Per questo motivo è tenuto conto del percorso di certificazione UNI ISO 37001:2016 che l'IZS ha intrapreso, la formazione specialistica continuerà ad essere uno strumento principe per aumentare la consapevolezza del personale in servizio.

Nel Piano di formazione 2025, in via di definizione, ci sarà spazio per la pianificazione di attività formative specifiche sui temi dell'etica e della legalità.

Trasparenza

La L. 190/2012 ha individuato nella trasparenza uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione nonché per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, statuendo che la stessa "costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti diritti sociali e civili, ai sensi dell'art. 117, secondo comma lettera m) della Costituzione". La trasparenza viene infatti assicurata mediante la pubblicazione sui siti web istituzionali delle informazioni stabilite dalla legge.

Nel corso degli anni il gruppo di lavoro ha posto particolare attenzione all'adeguamento del proprio sistema alla normativa sulla trasparenza e ai suoi aggiornamenti facendo il possibile per automatizzare la pubblicazione dei dati presenti sui sistemi informativi aziendali in Amministrazione Trasparente.

Nell'Obblighi di Pubblicazione (**Allegato n. 3 Obblighi di Pubblicazione**) è stata rivista e aggiornata la tabella di pubblicazione obbligatoria dei dati e delle informazioni su Amministrazione Trasparente con i nuovi record previsti dal PNA 2023 e la delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023 che ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici e gestione dei fondi del PNRR. L'allegato n. 3 Obblighi di pubblicazione è stato, inoltre, aggiornato in seguito alla riorganizzazione dell'Ente nella colonna "Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi dell'art.10 del D.Lgs. 33/2013".

Nel paragrafo 2.3.8 Trasparenza del presente documento è stata approfondita la trattazione dell'argomento.

Nel corso del 2025 l'Istituto continuerà pubblicare i dati richiesti dalla normativa con il coinvolgimento di tutti i referenti per la trasparenza. Inoltre si adeguerà a quanto disposto dall'ANAC nella Delibera n. 495 del 25/09/2024 "Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del D. Lgs. 14/03/2013 n. 33 ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto".

Codice di Comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i Codici di Comportamento rivestono nella strategia delineata dalla L. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che, più di altri, si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in connessione con i PTPCT.

Gli obblighi di condotta contenuti nel Codice sono estesi anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi di indirizzo, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Amministrazione. I Codici contengono norme e doveri di comportamento destinati a durare nel tempo, e quindi, tendenzialmente stabili, salve necessarie integrazioni dovute all'insorgenza di ripetuti fenomeni di cattiva amministrazione che rendono necessaria la previsione di specifici doveri di comportamento in specifiche aree o processi a rischio.

Il Codice incentiva l'adozione di corretti comportamenti atti ad aumentare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa e, soprattutto, prevenire fenomeni corruttivi ed evitare ogni situazione in cui potrebbe riscontrarsi l'abuso o il misuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato.

Nel 2024 il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'IZSAM è stato aggiornato e adottato con delibera del CDA del n. 3 del 11/01/2024. Esso integra e specifica il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (Decreto Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62), segue le disposizioni dell'art. 54 del D.Lgs. 165/2001, delle linee guida ANAC, del D.L. 36/2022 convertito in L.79/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del PNRR" e del D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023.

L'argomento è stato più volte oggetto di formazione specifica. Nel 2025 i dirigenti continueranno a vigilare sul rispetto del Codice e ne promuoveranno la diffusione a tutto il personale.

Rotazione ordinaria del personale

La rotazione ordinaria del personale è considerata misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi e procedimenti, ed instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

La rotazione ordinaria è, comunque, una tra le diverse misure che le Amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso a tale rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione "ordinaria" come misura di prevenzione della corruzione, le Amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi evitando l'isolamento di certe mansioni e avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività. Sono state adottate, infatti, misure alternative alla rotazione ordinaria di natura preventiva come:

- adozione di specifiche misure di controllo interno dei procedimenti/processi a rischio alto, definite in sede di mappatura dai dirigenti responsabili delle strutture interessate;
- la rotazione funzionale dell'attività, nell'ambito dello stesso ufficio, affidata di volta in volta a operatori diversi, con rotazione delle pratiche;
- alternanza delle figure dei referenti dell'istruttoria, dei componenti delle commissioni di gara e di concorso e dei relativi segretari;
- misure di formazione specifica dei soggetti coinvolti;
- rafforzamento delle misure di trasparenza, prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria;
- collaborazione tra diversi ambiti (lavoro in team) tra funzionari di diverse strutture per l'istruttoria dei processi amministrativi a rischio corruzione, anche per favorire pratiche comuni di buona amministrazione e di diffusione delle esperienze.

L'Istituto in ottemperanza a quanto previsto dalla legge e dai PNA si è dotato del "Regolamento sulla rotazione del personale" e del "Regolamento per l'affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali". La rotazione del personale del comparto è assicurata dalla mobilità interna che si realizza secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

L'Istituto ha tenuto conto dell'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Nel 2024 la Direzione dell'Ente ha concluso il processo di riorganizzazione al termine del quale sono stati attribuiti gli incarichi dirigenziali operando una rivalutazione e una rotazione degli incarichi ricoperti. Nel 2025 sarà completata e resa definitiva l'assegnazione degli incarichi.

Rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria è prevista dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) D.Lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Amministrazione.

Anche nel 2025 l'Istituto ricorrerà all'applicazione della misura di rotazione straordinaria nel caso in cui dovessero verificarsi le condizioni descritte; resta fermo l'obbligo per tutto il personale dell'Ente di comunicare senza ritardo l'avvio di procedimenti penali per reati di natura corruttiva a proprio carico.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

La L. 190/2012 ha introdotto l'articolo l'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001 "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. *Whistleblower*.

Nel 2024 è stato adottato dal CDA il nuovo "Regolamento per le segnalazioni di illecito – Whistleblower" con delibera n. 2 dell'11/01/2014 che ha sostituito integralmente quello precedente.

Le modalità di inserimento, consultazione e modifica delle segnalazioni sono illustrate nel manuale d'uso pubblicato a corredo del software. Le segnalazioni effettuate in forma anonima vengono considerate come ordinarie e non godono delle tutele previste dall'art. 54-bis. Se dalla segnalazione dovessero emergere profili di rilievo penale e di danno erariale, questa verrà trasmessa alle competenti Autorità giudiziarie.

È possibile inviare segnalazioni cartacee indirizzate al RPCT che verranno protocollate con un'apposita procedura per garantire l'anonimato o utilizzare la apposita casella vocale messa a disposizione dall'Ente.

L'Istituto ad oggi non ha ricevuto segnalazioni.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Il D.Lgs. 39/2013 ha dettato disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso tutte le pubbliche amministrazioni nonché presso gli enti privati in controllo pubblico. Gli incarichi rilevanti ai fini dell'applicazione del regime delle incompatibilità e inconferibilità sono gli incarichi dirigenziali, interni ed esterni, gli incarichi amministrativi di vertice, di amministratori di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico, le cariche in enti privati regolati o finanziati ed i componenti di organi di indirizzo politico.

La violazione della disciplina comporta, in particolare, la nullità degli atti di conferimento di incarichi (art. 17 D.Lgs. 39/2013) e, con riferimento ai casi di incompatibilità, la decadenza dell'incarico, con connessa risoluzione del contratto. L'ANAC, con deliberazione n. 149/2014, ha chiarito che per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale il regime di inconferibilità/incompatibilità è limitato alle figure dei Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi. Per gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali la nomina del Direttore generale viene effettuata dalle regioni di competenza, pertanto, la verifica su eventuali inconferibilità e incompatibilità viene svolta dall'Ente che procede alla nomina.

La delibera dell'ANAC n. 833/2016, recante "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili", definisce i procedimenti di accertamento concreto delle inconferibilità/incompatibilità, i poteri dell'ANAC e del RPCT, nonché la natura dei provvedimenti sanzionatori nei confronti degli organi che abbiano conferito incarichi in violazione di legge.

Il PNA 2019 ha ribadito l'importanza per le amministrazioni di effettuare la verifica preventiva delle posizioni soggettive dichiarate e raccomanda di prevedere adeguate modalità di acquisizione, conservazione e verifica delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 20 D.Lgs. 39/2013 che pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità.

Il RPCT in caso di nomina: procede all'acquisizione delle dichiarazioni, alle verifiche necessarie (anche attraverso l'utilizzo di banche dati, visure, CV) entro il termine di 15 giorni dalla consegna della documentazione. Il Direttore Generale, in sede di nomina del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario dovrà assicurarsi della preventiva acquisizione delle dichiarazioni e dell'espletamento delle procedure di verifica previste dalla legge. Successivamente verrà tutto pubblicato su Amministrazione Trasparente e conservato.

Il RPCT provvede annualmente all'acquisizione, alla verifica, alla pubblicazione e conservazione delle successive dichiarazioni.

Nel 2025 tutti i soggetti coinvolti continueranno ad applicare correttamente la misura descritta.

Prevenzione nel settore dei contratti pubblici

Nel settore dei contratti pubblici il quadro normativo di riferimento risulta particolarmente complesso. Il Codice degli appalti ha subito più revisioni nel corso degli anni e nel 2023 è entrato in vigore il nuovo Codice.

L'ANAC ha posto da sempre particolare attenzione a questa materia, il PNA 2022 ha individuato una sezione speciale dedicata alla gestione del rischio corruttivo negli appalti, che è stato integrato dalle disposizioni contenute nel PNA 2023, nel quale sono state inserite anche previsioni specifiche per appalti finanziati con fondi PNRR.

L'Istituto ha sempre provveduto ad adeguarsi alle novità normative ed in particolare a rafforzare il sistema dei controlli nel settore dei contratti continuando ad applicare i sistemi di prevenzione come il Piano Strategico Triennale degli Investimenti, il Programma Triennale dei lavori ed il programma biennale dei beni e dei servizi. Sono stati svolti gli audit

interni ed esterni per la verifica del rispetto delle procedure, la corretta gestione dell'albo fornitori, l'accessibilità on line alla documentazione di gara, l'adozione di particolari tutele per l'archiviazione e la conservazione degli atti di gara, la nomina delle commissioni secondo norme di legge, l'adeguata motivazione nelle deliberazioni/determinazioni a contrarre in ordine sia alla scelta delle procedure sia alla scelta del sistema di affidamento adottato, la pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente di tutti i dati relativi ai contratti.

L'Ente, inoltre, utilizza il "Fascicolo virtuale dell'Operatore economico che offre la possibilità alle Stazioni appaltanti, attraverso un'interfaccia web integrata con i servizi di cooperazione applicativa con gli Enti certificanti, di procedere all'acquisizione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti di carattere generale, tecnico-organizzativo ed economico-finanziario per l'affidamento dei contratti pubblici.

L'Istituto nella mappatura per la valutazione dei rischi, allegata al presente documento, ha riscontrato che alcune attività del settore contratti pubblici sono esposte a rischio medio/alto. Tra le misure di contrasto alla corruzione individuate quella principale è la programmazione dei fabbisogni in quanto da un lato, consente di prevenire situazioni di urgenza, che spesso costituiscono lo strumento utilizzato dalla stazione appaltante per giustificare il ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando, dall'altro permette l'ottimizzazione delle risorse, il controllo delle diverse fasi gestionali, nonché la verifica della corretta esecuzione dell'affidamento.

L'Istituto, inoltre, grazie alla digitalizzazione dell'intero processo di approvvigionamento ha rafforzato la trasparenza in particolare nei processi di acquisizione in emergenza e derogatori rispetto alla regolare disciplina delle procedure.

Nel 2023 l'Istituto è stato adottato il nuovo regolamento per l'affidamento di forniture sottosoglia di beni e servizi, aggiornato secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

Dal 2022 l'IZS ha iniziato ad attuare la *due diligence* dei fornitori, come richiesto dalla norma UNI ISO 37001:2016, che costituisce una misura ulteriore particolarmente utile a prevenire situazioni di rischio poiché valuta l'operatore economico prima di qualsiasi affidamento. Nel 2024 sono state apportate delle modifiche alla piattaforma degli appalti per fare in modo che i fornitori devono compilare obbligatoriamente il questionario *due diligence* ed accettare la politica anticorruzione dell'Istituto per poter completare l'iscrizione.

Anche nel 2025 l'Istituto si impegnerà a garantire ai dipendenti del reparto, percorsi e programmi di formazione, anche specifici e settoriali, con cadenza periodica affiancata a percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione.

Regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari

L'art. 10, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 recita "La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali".

L'ANAC auspica l'adozione di misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (*lobbies*).

I portatori di interessi particolari per l'Istituto sono i rappresentanti degli stakeholder descritti nel paragrafo 2.3.5.2 Comprendere le esigenze e le aspettative degli stakeholder.

L'Istituto, seguendo i principi di massima trasparenza, ha valutato se dare evidenza degli incontri dei direttori e del CDA organizzati, su richiesta dei portatori di interessi, al fine di rappresentare tali interessi in relazione ad attività e procedimenti di esercizio, attuale o futuro dell'Ente.

Analizzate le casistiche del 2024, si è deciso di non considerare tale misura poiché per la natura degli incontri non è stato rilevato alcun rischio corruttivo specifico. L'Istituto, infatti, eroga per i portatori di interessi particolari servizi di formazione e analisi che vengono gestiti e regolati dalle procedure e misure previste per le suddette attività e descritte nel presente documento. Altre attività vengono svolte su incarico dei Ministeri e delle Regioni.

Applicazione del Sistema Qualità

Le attività di laboratorio sono sottoposte a rigorosi controlli di qualità. Sin dal 1995, con tre anni di anticipo sulla data imposta dall'Unione Europea, l'Istituto è stato accreditato dal

Sinal rispondendo ai requisiti della EN 45001 ed è stato il primo Ente Pubblico Sanitario in Italia ad essere accreditato secondo le norme internazionali per la gestione dei Sistemi qualità. L'accreditamento delle prove eseguite dall'Istituto è stato, nel tempo, sempre mantenuto sia in relazione agli aggiornamenti della norma ISO 17025 (ex EN 45001) che della istituzione dell'Ente Italiano di accreditamento Accredia. A seguito della revisione della Norma ISO17025:2018 l'Istituto ha superato con successo il riaccreditamento anticipando di un anno i tempi di transizione per l'applicazione della nuova revisione della norma concordati a livello Europeo.

Nel 2004 è stata certificata secondo la ISO 9001 anche l'attività di formazione svolta dall'Istituto, sia erogata in forma residenziale che in e-Learning. Nel 2016 le attività di formazione sono state certificate nel rispetto dei requisiti della norma ISO 9001:2015, anticipando di due anni il raggiungimento dell'obiettivo della certificazione con la norma di nuova revisione. Nel 2020 la certificazione ISO 9001 è stata estesa anche all'area di progettazione, che si occupa dei progetti di ricerca scientifica in ambito veterinario e di igiene degli alimenti, e sono stati certificati anche i corsi erogati tramite web-conference. La qualità per l'Istituto è la capacità di assicurare servizi ad elevato valore aggiunto in grado di rispondere con efficacia ed efficienza alle esigenze dei clienti esterni ed interni e, in questa ottica, il Sistema Qualità dell'Istituto è considerato strumento essenziale di gestione e di governo aziendale.

I suoi obiettivi sono:

- rispettare le prescrizioni derivate dalla legislazione vigente applicabile;
- attuare in tutti i laboratori, e non solo in quelli sottoposti a normativa specifica per il controllo ufficiale, i requisiti generali per il funzionamento nel rispetto della norma ISO 17025;
- garantire l'affidabilità dei risultati ottenuti mettendo in atto i principi di assicurazione della qualità;
- promuovere la crescita culturale del personale in termini di competenza specifica e di coerenza con la definizione degli obiettivi aziendali trattati nella politica della qualità adottata anche per migliorare il servizio reso ai clienti;
- mettere in atto la valutazione dei rischi per i processi di laboratorio al fine di ottenere indicatori di miglioramento sia di servizio che organizzativi;
- ridurre il costo di esercizio, anche aumentando la competitività nel mercato pubblico e privato di propria competenza.

Il Sistema Qualità Istituto è uno strumento fondamentale per garantire l'affidabilità e il controllo dei risultati ottenuti, la trasparenza della gestione e del governo aziendale, per favorire il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e promuovere nel contempo la crescita culturale del personale. Esso prevede un processo costante di monitoraggio dei rischi individuati, verifica e valutazione delle prestazioni dei servizi tecnico-scientifici e dei reparti amministrativi coinvolti anche attraverso il monitoraggio ed il controllo dei costi, delle attività svolte, dei processi, del servizio reso al cliente, delle prestazioni individuali e di reparto.

L'attuazione del Sistema Qualità rappresenta, tramite la tracciabilità delle attività di processo, uno degli strumenti fondamentali per contrastare fenomeni di corruzione all'interno dell'Ente.

Nel 2019 l'Istituto ha ottenuto la certificazione del processo di gestione dei sistemi di sicurezza informatica nel rispetto della ISO 27001 come suggerito dall'ANAC nel PNA 2018. La certificazione del processo di gestione dei sistemi, secondo la ISO 27001 costituisce elemento cruciale per garantire elevati standard di sicurezza informatica e di protezione dei dati.

L'attività di realizzazione di Sistemi di gestione è stata perseguita anche nel 2022 e 2023 e con grande soddisfazione, all'inizio del 2023 l'Istituto ha ottenuto la certificazione del sistema anticorruzione da CertiQuality secondo la UNI ISO 37001:2016, la norma

internazionale per i sistemi di gestione anticorruzione. Nel 2025 l'Ente si è sottoposto all'audit per il 2° mantenimento della certificazione.

Nel 2025 l'Istituto continuerà a lavorare secondo i requisiti della qualità e degli altri Sistemi di Gestione considerando la valutazione dei rischi come strumento di miglioramento e valutando con i riesami della Direzione tutti gli spunti utili anche per l'attuazione di modifiche organizzative o di miglioramento dei processi in atto.

Controllo di Gestione

Il Controllo di Gestione si occupa della programmazione, monitoraggio, verifica e controllo delle attività e dei costi di contabilità analitica (COAN) dell'Istituto. Si occupa del Ciclo della Performance unitamente al Reparto Risorse Umane, del PIAO (con particolare attenzione alle sottosezioni del Valore Pubblico e Performance), Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, Sistema di misurazione e valutazione della Performance organizzativa e individuale, Relazione annuale della Performance. Inoltre, a supporto dei vertici aziendali, redige la Relazione annuale delle attività dell'Ente e predispone altresì, la rendicontazione dei costi dei Centri di Riferenza Nazionali e dei Laboratori Nazionali di Riferimento.

Già dal 1995 l'Istituto ha avviato il Controllo di Gestione realizzando in parallelo, sia sul piano culturale che su quello dei sistemi informativi, il sistema COAN per centri di costo e di responsabilità. Tale sistema, in quanto strumento analitico, equo ed operativo di gestione aziendale, concorre a supportare (insieme all'attivazione dei processi di budget e di valutazione costi/risultati e costi/efficacia) l'attività decisionale per i diversi livelli organizzativi coinvolti nel processo di decisione aziendale e contribuisce a fornire eventuali azioni di miglioramento.

Nel corso degli anni, il Controllo di Gestione ha innovato e migliorato l'operatività dei sistemi informativi e, alla COAN per centro di costo e di responsabilità, si è aggiunta la contabilità per progetto che rende possibile ottenere una panoramica generale dei dati, provenienti da sorgenti diverse, integrando informazioni in modo semplice. Tale attività fornisce un concreto supporto ai Responsabili scientifici, ai fini dell'utilizzo appropriato dei budget dei progetti/attività, attraverso il monitoraggio, lo scostamento, la reportistica e la comunicazione dello stato dei residui di budget, dalla fase di avvio alla scadenza degli stessi e contribuisce allo stesso tempo, ad attuare eventuali azioni correttive.

Nel 2025 il Controllo di Gestione proseguirà l'attività di controllo e supporto a tutte le strutture dell'Ente.

Sistemi informativi

L'Istituto gestisce la circolazione delle informazioni all'interno e all'esterno utilizzando sistemi informativi integrati per la raccolta e il flusso di dati relativi alle attività tecnico-scientifiche, di diagnostica, amministrative ed economico-finanziarie.

L'Istituto dedica costantemente risorse alla ricerca, al miglioramento e all'innovazione tecnologica dei metodi di gestione. Nel corso degli anni ha sviluppato Sistemi Informativi capaci di generare informazioni necessarie per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle proprie attività, come il Sistema Informativo Laboratori (SILAB), il Sistema Informativo Amministrazione (SIAM), il Sistema Informativo Formazione (SIF).

Tali informazioni, oltre alla gestione operativa, permettono di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi, l'economicità e l'ottimizzazione delle risorse utilizzate ed utilizzabili, assicurandone la trasparenza e la Privacy.

La disponibilità di misure e indicatori è utile alla verifica dei risultati, alla redazione di piani e programmi, alla elaborazione di dati finalizzati al monitoraggio e conseguente analisi delle attività anche ai fini della prevenzione del rischio corruzione.

Nel 2025 l'Istituto continuerà a sviluppare nuove infrastrutture digitali e potenziare e migliorare quelle già esistenti e formare il personale sul loro utilizzo.

Acquisto prodotti ad elevato contenuto tecnico

L'acquisto di materiali ed apparecchiature scientifiche ad alto contenuto tecnologico per le attività di laboratorio, costituisce un punto critico per il verificarsi di potenziali episodi di corruzione. L'acquisto di un bene prodotto da un'azienda specifica potrebbe, infatti, essere ipoteticamente condizionato da fenomeni corruttivi più che da una reale necessità.

In Istituto, a tal proposito, è stata introdotta una misura di prevenzione che coinvolge i Responsabili dei Laboratori e dei Reparti tecnici: questi, infatti, sono chiamati ad indicare nel programma annuale degli acquisti la linea di prodotto di cui hanno bisogno. L'unità acquisti e gestione tecnica provvede a cercare sul mercato il fornitore con il prodotto più rispondente alle esigenze del laboratorio, che offra le migliori condizioni di vendita.

Si deve, comunque, tener presente che i metodi di prova subiscono un processo di validazione necessario a controllare la completa affidabilità dei risultati diagnostici, tale processo spesso impiega specifici reagenti, *primer* o apparecchiature scientifiche distribuiti da un'unica azienda. In questo caso è stato predisposto un modello che il Responsabile utilizza per richiedere l'acquisto "in privativa", motivando le ragioni tecniche sottese alla scelta e assumendo, contestualmente, la connessa responsabilità.

Anche nel 2025, come negli anni passati, i Responsabili continueranno a collaborare con l'unità acquisti e gestione tecnica, applicando la misura preventiva specifica.

Ulteriori misure di prevenzione

L'Istituto negli anni ha individuato ulteriori misure di prevenzione che di seguito vengono descritte.

Al fine di prevenire possibili malfunzionamenti o manomissioni del flusso della corrispondenza, l'Ente si è dotato già dal 2005 di sistemi informatici per la gestione. È stato messo a regime il nuovo programma di gestione del protocollo ancora più funzionale per le esigenze dell'Ente, più rispondente alle prescrizioni normative e più adatto a svolgere controlli sul rispetto delle misure di prevenzione adottate dal presente Piano e a lavorare da remoto.

In Istituto è a regime il software di gestione del flusso dei provvedimenti amministrativi; si è passati alla creazione in formato digitale del provvedimento che, attraverso un iter completamente informatizzato, viene sottoscritto digitalmente da tutti gli attori coinvolti e successivamente pubblicato sull'Albo aziendale.

La gestione informatica dei provvedimenti (deliberazioni del DG e determine dirigenziali) evita la circolazione del cartaceo da un ufficio all'altro e riduce praticamente a zero il rischio di inquinamento e/o indebita diffusione dei dati trattati, oltre a rappresentare un efficace mezzo di contrasto e prevenzione della corruzione. L'informatizzazione dei processi infatti consente di tracciare l'attività di ciascun operatore partecipante agli stessi, aspetto utile nella lotta alla corruzione.

Unitamente al software dei provvedimenti è stato altresì implementato l'Albo aziendale che garantisce pubblicità verso l'esterno a tutti i provvedimenti assunti dall'Istituto; al termine dei 15 giorni previsti per la pubblicazione, il provvedimento viene espunto dall'Albo, in ossequio all'art.124 del D.Lgs. 267/2000.

Nel 2025 si continueranno ad utilizzare i programmi adattandoli, ove necessario, alle nuove esigenze che dovessero presentarsi.

Per la gestione del magazzino si utilizzano sistemi informativi in rete che permettono il monitoraggio degli ordini e delle scorte in giacenza. Tali strumenti sono indispensabili per il controllo che viene puntualmente effettuato dal responsabile del servizio al fine di scongiurare sprechi o furti. Nel 2025 si continueranno ad utilizzare i programmi adattandoli, ove necessario, alle nuove esigenze che dovessero presentarsi.

L'inventario dell'hardware e dei software rappresenta uno strumento indispensabile per il controllo del patrimonio dell'Ente al fine di evitare furti, danneggiamenti o sottrazione di beni. Nel 2025 i responsabili del servizio continueranno a controllare la regolare gestione delle risorse.

Per il conferimento degli incarichi legali il Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD utilizza ricorre all'albo fornitori *e-procurement* dell'Ente dove si iscrivono i legali e di

conseguenza gli incarichi vengono gestiti con la piattaforma Acquisti Telematici. Nel 2025 il reparto continuerà ad operare seguendo tale procedura.

Nella sede centrale viene regolarmente effettuato il controllo degli accessi degli esterni da parte di personale dedicato a tale attività. Viene in tal modo identificato e registrato ogni utente/cliente che entra nelle strutture dell'Ente e ne viene seguito il percorso fino alla sua destinazione finale. In tal modo si garantisce la tracciabilità di ogni possibile comportamento illecito, sabotaggio o furto. Nel 2025 si continuerà ad effettuare il controllo degli accessi.

L'attività di gestione delle agende dei Direttori è stata puntualmente mappata per valutare il livello di rischio plausibile in relazione alla possibilità di divulgazione di informazioni riservate per scopi illeciti. Per limitare al massimo il profilo di rischio richiamato è stata incrementata l'informatizzazione di tutte le procedure in modo da avere l'accesso controllato alle agende. Nel 2025 si continuerà a vigilare circa la regolare gestione delle agende e si continueranno ad utilizzare i sistemi informativi adattandoli, ove necessario, alle nuove esigenze.

La corretta gestione dei flussi informativi assegnati per competenza e visione ai Direttori rappresenta un punto critico, in ragione dell'importanza delle informazioni ivi contenute (cui potrebbero essere interessati soggetti terzi). Le misure individuate per prevenire il rischio sono il maggior utilizzo possibile di sistemi informativi e la massima attenzione al rispetto del Codice di Comportamento dei dipendenti.

Nel 2025 si continueranno ad applicare le misure previste.

L'Istituto in aggiunta ai suoi compiti istituzionali descritti nel paragrafo funzioni, nel rispetto della normativa vigente, stipula convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni a pagamento ad enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private, assicurando la prevalenza dell'attività ordinaria. In questa fattispecie rientra l'attività di analisi per soggetti privati che si sottopongono ad attività di autocontrollo aziendale. Le misure di prevenzione già individuate sono state ritenute idonee per fronteggiare eventuali rischi di corruzione. Le analisi rappresentano una delle *core activities* dell'Istituto, i possibili rischi ad essa legati sono derivanti principalmente da situazioni che potrebbero dare vita a conflitto di interessi. In particolare è stata tenuta in considerazione la funzione svolta dall'Ente nella doppia veste di attività analitica istituzionale ed attività in autocontrollo svolta per privati. Per prevenire il rischio vengono adottate misure generali (formazione specifica del personale, sottoscrizione delle dichiarazioni e rispetto del Codice di Comportamento) e specifiche: l'uso di sistemi informativi di gestione dei campioni che ne garantiscono il totale anonimato e la separazione delle funzioni svolte dal personale nelle varie fasi (pre-analitica, analitica e post-analitica). La validazione dei risultati per questo motivo è delegata ai soli Responsabili che non hanno effettuato le analisi. Ulteriori misure poste a presidio sono la sottoscrizione della Due diligence al momento della richiesta di convenzione necessaria anche per evitare il conflitto di interessi, applicazione del tariffario approvato dalle Regioni per le prestazioni erogate a titolo oneroso (ferma restando la gratuità di quelle rese alle Aziende Sanitarie), tenuta di una gestione contabile separata. Il processo analitico viene svolto in un laboratorio all'avanguardia e dotato di tutte le caratteristiche di biosicurezza richieste. Nel 2025 continueranno ad essere utilizzare le misure individuate per la prevenzione di fenomeni corruttivi.

L'Istituto è dotato di un parco automezzi ad uso della Direzione e dei dipendenti, i possibili rischi connessi alla gestione del servizio sono legati all'uso improprio dei mezzi e delle carte carburante per attività non istituzionali o a fini personali. Il rischio viene prevenuto con l'uso di un applicativo informatico che registra le prenotazioni e i rientri delle vetture; tale strumento permette di effettuare controlli sulla congruità attraverso un puntuale riscontro tra i chilometraggi, le destinazioni dichiarate e i consumi. Il software è collegato a quello per la gestione delle missioni e questo consente un'attenta verifica su quanto dichiarato dai lavoratori. Nel 2025 l'Istituto adotterà il nuovo software realizzato sulla base di richieste specifiche formulate per rispondere alle esigenze di controllo e gestione dell'uso del parco automezzi. Il nuovo software è il passaggio conclusivo di un iter che ha interessato l'intero

processo iniziato con l'adozione nel 2024 di un nuovo "Regolamento per l'utilizzo degli automezzi aziendali e per il servizio di autista" approvato dall'Ente il 17/10/2024.

La foresteria dell'Istituto dà ospitalità a coloro che svolgono temporaneamente le loro attività presso l'Ente. Al fine di prevenire eventuali usi impropri è stato redatto un Regolamento a cui ci si atterrà anche nel corso del 2025.

L'utilizzo della Foresteria è consentito, a titolo oneroso, previa autorizzazione del Direttore Generale, in via prioritaria, a coloro che svolgono attività di ricerca/formazione presso l'Istituto o che partecipano a convegni, seminari, incontri di carattere nazionale e internazionale, dietro corresponsione di una tariffa stabilita. In via residuale e in caso di effettiva disponibilità, gli alloggi sono utilizzabili, sempre a titolo oneroso, da dipendenti e/o collaboratori dell'istituto e, tra questi, prioritariamente, da parte di personale temporaneamente privo di abitazione a causa di eventi sismici. Nel 2025 l'Istituto continuerà ad applicare quanto previsto nel Regolamento.

2.3.8 Trasparenza

2.3.8.1 Ruolo e responsabilità del RPCT e dei dirigenti

Il RPCT collabora con i Dirigenti degli uffici individuati nella tabella allegata alla presente sottosezione (Allegato n. 3 Obblighi di pubblicazione) aggiornata come previsto nel D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. e con le modifiche intervenute nell'Ente a seguito del completamento del processo di riorganizzazione.

I Dirigenti in qualità di referenti aziendali per la trasparenza sono tenuti alla pubblicazione di quanto richiesto dalla normativa e sono direttamente responsabili del contenuto dei dati, atti e provvedimenti di propria competenza e dell'aggiornamento e del monitoraggio degli stessi, rispondendo direttamente della mancata o incompleta pubblicazione.

Tutti i dati e le informazioni sono pubblicate nell'apposito sito Amministrazione Trasparente presente sulla pagina web istituzionale visualizzabile al seguente indirizzo:

[Amministrazione Trasparente](#)

La trasparenza si attua attraverso il coinvolgimento diretto dei Responsabili dei Reparti tenuti alla pubblicazione dei dati, al fine di assicurare:

- il necessario flusso di informazioni nei diversi processi e la loro pubblicazione;
- l'individuazione di misure organizzative per il regolare e tempestivo aggiornamento delle informazioni;
- l'efficace vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.

2.3.8.2 Qualità delle informazioni, dati aperti e riutilizzo

Le norme che disciplinano la trasparenza stabiliscono anche la qualità delle informazioni, i criteri di apertura e di riutilizzo dei dati - nel rispetto dei principi sul trattamento dei dati personali, la decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione, le modalità di accesso alle informazioni pubblicate nei siti.

La qualità dei dati pubblicati è indispensabile per una trasparenza effettiva ed utile per gli stakeholder e per le stesse pubbliche amministrazioni. L'Ente ha cercato, pertanto, di prestare attenzione particolare al rispetto dei requisiti di qualità previsti dal legislatore e dall'ANAC.

I soggetti tenuti alla pubblicazione dei dati garantiscono la qualità delle informazioni riportate sul sito Amministrazione Trasparente nel rispetto degli obblighi di comunicazione previsti dalla legge, seguendo i criteri di:

- integrità, costante aggiornamento, completezza e tempestività;
- semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità e facile accessibilità;
- conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione;
- pubblicazione in formato aperto.

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria sono riutilizzabili ai sensi della normativa in vigore, con l'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità. La tabella relativa agli obblighi di pubblicazione viene costantemente aggiornata in occasione di modifiche normative o di riorganizzazione dell'Ente o di assegnazione di incarichi. L'aggiornamento è condiviso con tutti i responsabili e ne viene data ampia diffusione.

2.3.8.3 Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

La corretta pubblicazione dei dati nel sito Amministrazione Trasparente richiede una attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'Amministrazione che degli esterni.

Il monitoraggio interno viene effettuato in maniera costante dai Responsabili incaricati della pubblicazione dei dati e dal RPCT che periodicamente controlla a campione l'effettivo livello di completezza ed aggiornamento. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze, il RPCT sollecita il Dirigente interessato a provvedere entro un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento il Responsabile segnala l'anomalia al CDA, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi preposti al controllo.

Nel 2024 sono stati effettuati due monitoraggi semestrali sulla totalità dati pubblicati in Amministrazione Trasparente: i risultati di tale attività sono stati prontamente comunicati ai Responsabili. Inoltre, sono stati fatti più monitoraggi specifici sui dati oggetto di attestazione da parte dell'OIV.

Il gruppo di lavoro ha fornito il massimo supporto ai Reparti per superare le criticità riscontrate in particolar modo durante il processo di automazione della pubblicazione e per aggiornare la sezione relativa agli appalti modificata dalla delibera ANAC n. 264 del 20/06/2023 e s.m.i. "Atti e documenti da pubblicare in Amministrazione trasparente sottosezione Bandi di gara e contratti".

Nel 2025, in occasione dell'adozione della presente Sezione del PIAO, è stata aggiornata la tabella degli obblighi di pubblicazione (Allegato n. 3 Obblighi di pubblicazione) seguendo quanto previsto nel documento di riorganizzazione dell'Ente.

Il controllo esterno invece viene effettuato dall'OIV, in base a quanto stabilito annualmente dall'ANAC. Gli OIV attestano l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione: non viene solo verificata la mera presenza/assenza del dato o documento nel sito Amministrazione Trasparente, ma anche il profilo qualitativo e la completezza del dato pubblicato. Viene verificato se sono presenti tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative, se vengono riferite a tutti gli uffici, se sono aggiornate, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.

Nel 2024 il controllo effettuato dall'OIV sugli obblighi di pubblicazione ha avuto esito positivo ed è stata rilasciata l'attestazione e pubblicata sull'interfaccia Amministrazione Trasparente.

Nel 2025 si continuerà a collaborare con l'OIV nello svolgimento della sua attività di controllo.

Tutti i cittadini hanno la facoltà di consultare i dati e le informazioni pubblicate sui siti delle Amministrazioni e di controllarne la regolarità. La norma ha dato al cittadino la possibilità di chiedere all'Amministrazione attraverso l'accesso civico di adeguare le pubblicazioni sul sito web.

Nel 2025 non è pervenuta alcuna richiesta di accesso civico.

2.3.8.4 Accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato

L'art. 5 comma 1 del D.Lgs. 33/2013 ed il D.Lgs. 97/2016 disciplinano il diritto di accesso civico semplice quale diritto riconosciuto a chiunque, senza obbligo di motivazione e senza alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva, di chiedere la pubblicazione dei

documenti, delle informazioni o dei dati soggetti a pubblicazione, nei casi in cui tale pubblicazione sia stata omessa o sia parziale. L'accesso civico si esercita attraverso una richiesta volta ad ottenere la corretta pubblicazione dei dati rilevanti *ex lege* da pubblicare all'interno del sito Amministrazione Trasparente dell'Istituto.

L'art. 5 comma 2 del D.Lgs. 33/2013 ed il D.Lgs. 97/2016 - che ha introdotto in Italia il *Freedom of Information Act* (FOIA) - disciplinano il diritto di accesso civico "generalizzato" che sancisce il diritto di chiunque di accedere ai dati e documenti detenuti dall'Istituto, ulteriori rispetto a quelli sottoposti a obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D.Lgs. 33/2013.

L'Istituto ha adottato il "Regolamento in materia di accesso ai documenti amministrativi, accesso civico e accesso civico generalizzato", ritenendo utile riunire le tre fattispecie in un unico documento al fine di rendere più agevole l'esercizio del diritto da parte degli utenti che è stato pubblicato sul sito dell'Ente unitamente a tutti i modelli utilizzabili per le richieste.

Nel 2025 si continuerà ad utilizzare il Regolamento, ormai pienamente operativo e a tenere aggiornato il registro degli accessi.

2.3.8.5 Dati ulteriori

Nella sezione sono state inserite informazioni non contemplate nel D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.. La pagina verrà ulteriormente incrementata anche sulla base di eventuali suggerimenti del personale dell'Ente e degli stakeholder.

2.3.8.6 Trasparenza e protezione dei dati personali

L'articolo 1 comma 2 del D.Lgs. 33/2013 vuole che la trasparenza rispetti tutte le disposizioni, europee e nazionali, dettate in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Nel caso in cui la pubblicazione online di dati, informazioni e documenti, comporti il trattamento di dati personali, devono essere rispettate le esigenze di pubblicità e trasparenza, i diritti e le libertà fondamentali nonché la dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Per un corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal citato decreto, nel rispetto del diritto di riservatezza, si attua il bilanciamento degli interessi da tutelare, tra riservatezza del dato e obblighi di trasparenza. Particolare rilevanza assume, in tal senso, il provvedimento n. 243 del 15/05/2014 del Garante per la protezione dei dati personali, titolato "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati".

All'interno dell'Istituto insiste una Unità Operativa denominata Privacy e Protezione dei dati personali che, operando sotto la diretta responsabilità del titolare del trattamento, ha il compito di gestire il sistema, diffondere la cultura della Privacy e agevolare la trasmissione delle conoscenze tra i reparti per consentire una sistematica e organizzata gestione dei processi.

La richiamata Unità Operativa, collabora, poi, con il DPO nominato dall'Ente -soggetto terzo rispetto al titolare-, nelle attività concernenti l'aggiornamento, costante, del Registro delle attività del Titolare e del Responsabile del trattamento, alla predisposizione di regolamenti e piani di lavoro, audit di reparto e nello svolgimento di percorsi formativi, destinati al personale, in tema di trattamento dei dati personali.

2.3.9 Obiettivi per la prevenzione della corruzione e pianificazione per il loro raggiungimento

Di seguito si riporta un elenco degli adempimenti che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e gli altri soggetti operanti in Istituto dovranno portare a compimento nel corso dell'anno. (Tab.27).

Tabella 27 Adempimenti anticorruzione – anno 2025

Adempimento	Soggetto competente	Termine
Redazione ed adozione Sottosezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, CdA	31 gennaio
Pubblicazione Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, CdA	31 gennaio
Relazione sui risultati dell'attività svolta e pubblicazione sul sito istituzionale	Responsabile per la Prevenzione della corruzione	15 dicembre (o altro termine indicato dall'ANAC)
Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione	Responsabile per la Prevenzione della corruzione/Responsabili di Laboratorio e di Reparto	30 novembre
Conflitto di interessi	Responsabili di Laboratorio e di Reparto	31 dicembre
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Reparto Risorse Umane	31 dicembre
Individuazione personale da inserire nei percorsi formativi	Responsabile per la Prevenzione della Corruzione/Dirigenti	31 marzo
Formazione del personale	Responsabile per la Prevenzione della corruzione/Responsabili di Laboratorio e di Reparto/Responsabile Reparto Formazione	31 dicembre
Pubblicazione dei dati su "Amministrazione trasparente"	Responsabili individuati nella tabella allegata alla Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO	tempistica indicata in tabella
Ulteriori misure di prevenzione individuate	Responsabili dei Laboratori e Reparti	31 dicembre

Sezione 3 – Organizzazione, Capitale Umano

3.1 Sottosezione di programmazione: Il Fabbisogno del personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (di seguito "PTFP") relativo al triennio 2025/2027 viene elaborato in esito all'analisi scientifica di strategie, attività e competenze dell'Ente e del personale assegnato alle diverse articolazioni organizzative ed è orientato a rafforzare capacità, professionalità e status nazionale ed internazionale dell'IZSAM.

Obiettivo del documento è di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell'IZSAM alla luce degli scenari tecnico-scientifici, dell'orientamento strategico legato alla Salute Unica ("One Health") e del quadro normativo di riferimento con particolare attenzione al rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Il PTFP tiene ovviamente conto del turnover del personale già programmato.

Il quadro normativo di riferimento è costituito in primis dall'art. 97 della Costituzione che vincola gli Enti pubblici ad attenersi, nella organizzazione degli uffici, ai principi di buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa.

Il documento è redatto inoltre in attuazione degli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 30 marzo 2002, n. 165 che individuano nel PTFP lo strumento finalizzato a ottimizzare l'impiego delle risorse

pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini. Con D.M. del 8 maggio 2018 sono state definite le linee di indirizzo per la predisposizione del piano alle quali il presente documento si attiene.

Sul piano del contenimento della spesa l'IZSAM si conforma rigorosamente al limite previsto dall'articolo 2, comma 71, della L. 191/2009, richiamato dall'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, che vincola la spesa complessiva del personale, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti, a quella sostenuta nel corso del 2004 diminuita dell'1,4%.

Il PTFP si configura infine come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale finalizzato ad orientare l'andamento assunzionale conformandolo ed adattandolo alle mutevoli esigenze organizzative, normative e funzionali. Costituisce, proprio per intima ratio, uno strumento flessibile soggetto a revisione alla luce dell'evoluzione del contesto normativo ed operativo nel quale l'IZSAM si troverà ad operare. In tale ottica è prevista già nel corso del 2023 una complessiva rivasitazione organizzativa dell'Ente che determinerà inevitabilmente una revisione degli assetti occupazionali.

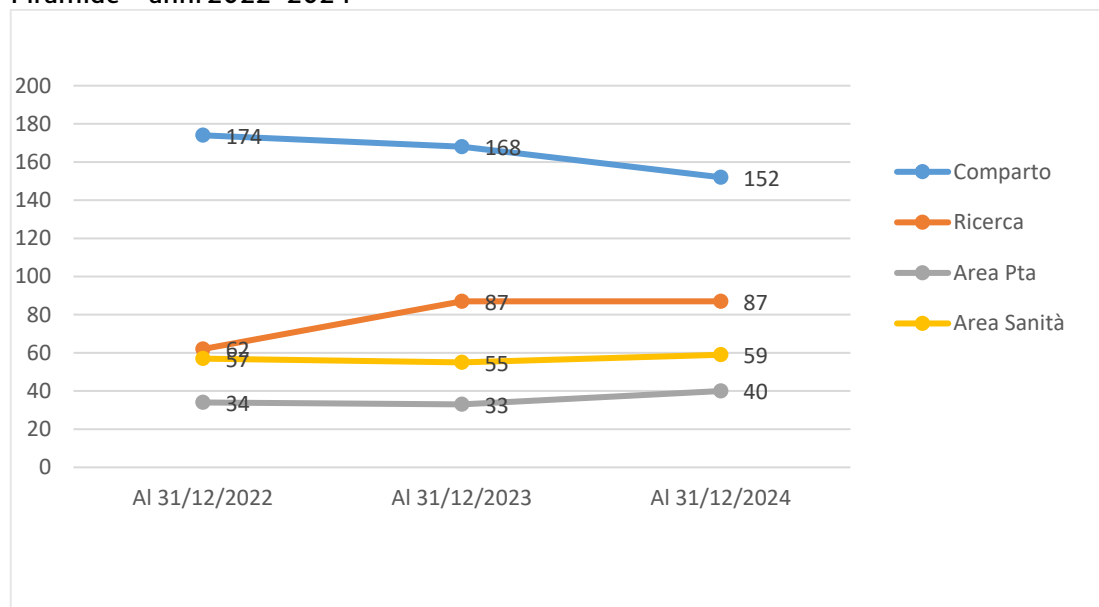
3.1.1 L'IZSAM e il relativo personale

I grafici 1, 2 e 3, descrivono l'andamento e la composizione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e per la finalità della Piramide (all'art. 1, commi 422-434 della Legge 205/2017) nel triennio 2022-2024.

I trend evidenziano una decrescita delle unità a tempo indeterminato a carico del Fondo Sanitario Nazionale determinata in larga parte da pensionamenti intervenuti nel periodo interessato anche alla luce delle agevolazioni all'uscita anticipata introdotte nel quadro normativo in materia. Tale andamento, riferito all'organico previgente, esclude la presenza di personale in sovrannumero ed anzi impone il reintegro di alcune posizioni essenziali a garantire le attività dell'Ente.

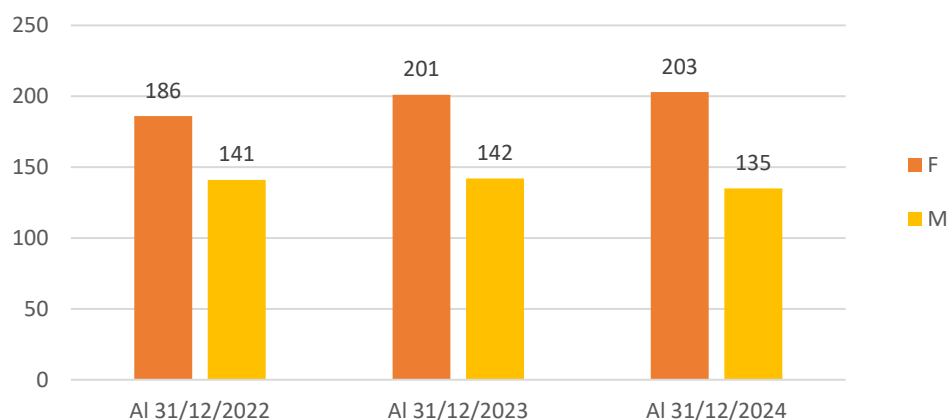
La composizione del personale certifica infine il pieno rispetto delle pari opportunità con crescente prevalenza femminile.

Figura 8. – Andamento del personale a tempo indeterminato e determinato e il personale della Piramide – anni 2022-2024



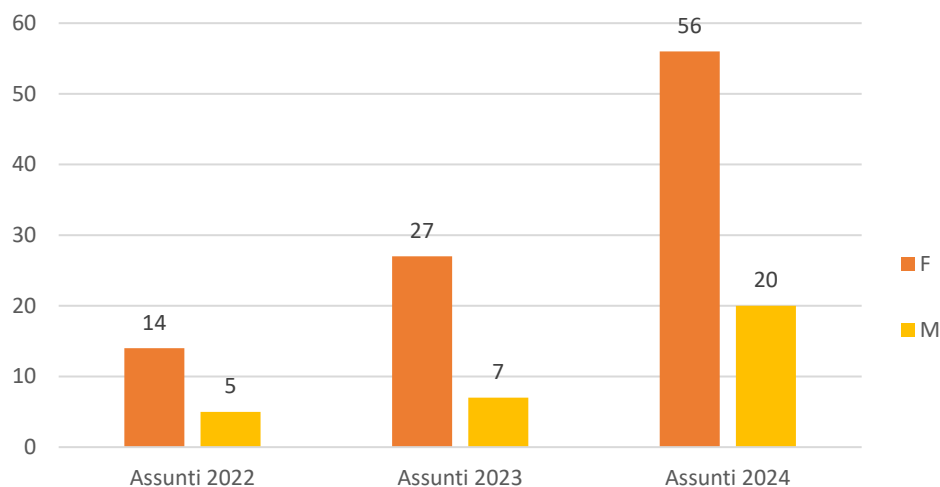
Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Figura 9. – Composizione del personale per genere – anni 2022-2024



Fonte Elaborazione dati della SC “Risorse umane affari generali e transizione ecologica” IZSAM

Figura10. Personale neo assunto per genere – anni 2022-2024



Fonte Elaborazione dati della SC “Risorse umane affari generali e transizione ecologica” IZSAM

3.1.2. Programmazione delle assunzioni 2025-2027

La programmazione delle assunzioni, coerentemente con la natura di Ente sanitario e le finalità dell'IZSAM, interessa prevalentemente l'ambito tecnico-scientifico prevedendo un numero rilevante di dirigenti veterinari e sanitari principalmente a copertura dei posti che nel corso del triennio verranno liberati a seguito di pensionamento. È previsto inoltre un rafforzamento di alcuni settori nevralgici legati ad ambiti di elevato valore strategico.

In applicazione dell'art. 22, comma 15 della L. 75/2017 ("riforma Madia") e nei limiti prescritti sono state inoltre preventivate n. 10 progressioni verticali.

Il Piano prevede infine un'assunzione legata, previa convenzione stipulata con il competente Centro per l'Impiego, al rispetto dei vincoli previsti dalla L. 68/1999.

Il Piano reca infine una rappresentazione delle assunzioni flessibili programmate (tempo determinato) che, in quanto coperte da risorse derivanti da programmi e progetti nazionali ed internazionali, non incidendo sulle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, non sono assoggettate al limite di spesa sopra richiamati e non determinano riflessi definitivi sul PTFP.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025/2027 indica, dunque, la volontà dell'Ente di procedere ad un rafforzamento dell'organico, mediante procedure concorsuali, per l'assunzione di personale a tempo indeterminato per complessive 69 unità e di 80 unità a tempo determinato per attività di ricerca, ripartite come indicato nelle tabelle seguenti. (Tab. 28 e 29).

Tabella 28. Piano triennale dei fabbisogni del Personale a tempo indeterminato 2025-2027

Tabella 28: Piano triennale dei fabbisogni del personale a tempo indeterminato 2025 - 2027									
	ANNO 2025			ANNO 2026			ANNO 2027		
ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO	TOT	5-1	2-3	5-1	2-3	5-1	2-3	4	Note
Dirigente Veterinario/Sanitario Struttura Complessa	4	1	2	6	1	1	1		
Dirigente Veterinario	4	2	1	8	2	1	1		
Dirigente Sanitario	4			6	3	1	1		
Collaboratore Tecnico professionale	5	6	2	6	3			-	4 progressioni verticali
Collaboratore Sanitario Professionale (Tecnico di Laboratorio)	3	1	1	1	2				
Dirigente Amministrativo	2	1	1	6	1				
Dirigente Area Tecnica	6	11	4	12	1	1	1		
Programmatore	2	3	2						1 progressione verticale
Collaboratore Amministrativo	8	8	3	1	3	1	2		3 progressioni verticali
Assistente Tecnico	4	4	2	1	1	1	1		2 progressioni verticali
TOTALE	42								
Assunzioni obbligatorie ex L. 12 marzo 1999, n. 68				1	1				
TOTALE	1							-	
Ricercatore Sanitario	20		20						Copertura ex art. 3 ter D.L. 51/2023 (piramide della ricerca)
Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria	6		6						Copertura ex art. 3 ter D.L. 51/2023 (piramide della ricerca)

Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Tabella 29. Piano triennale dei fabbisogni del Personale a tempo determinato 2025– 2027

ASSUNZIONI TEMPO DETERMINATO	Numero posti
Dirigente Veterinario	3
Dirigente Sanitario	8
Dirigente Area Tecnica	18
Dirigente Amministrativo	3
Ricercatore Sanitario	22
Collaboratore di Ricerca Sanitaria	12
Collaboratore Sanitario Professionale	6
Collaboratore Amm.vo	4
Assistente Tecnico	4
TOTALE	80

Fonte Elaborazione dati della SC “Risorse umane affari generali e transizione ecologica” IZSAM

L’attuazione del PTFP immetterà nuove risorse che potranno contribuire allo sviluppo competitivo interno ed esterno.

3.2 Sottosezione di programmazione: Il Lavoro Agile

Nel corso del 2022 l’IZS – Teramo, sulla base della L. 22 maggio 2017, n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” e delle “Linee guida in materia di Lavoro Agile” approvate dalla Conferenza Stato Regioni in data 16 dicembre 2021, ha disciplinato il lavoro agile come opportunità di miglioramento della produzione, accrescimento delle conoscenze relative alla digitalizzazione, conciliazione vita privata e lavorativa e tutela dell’ambiente.

Il lavoro agile è diventato una modalità di lavoro ordinaria, subito dopo la fase post pandemia, nel rispetto delle disposizioni legislative in materia, con deliberazione del Direttore Generale n. 264 del 3 giugno 2022 è stato adottato il Regolamento sul lavoro agile.

Il Regolamento sul lavoro agile è visualizzabile al seguente indirizzo:

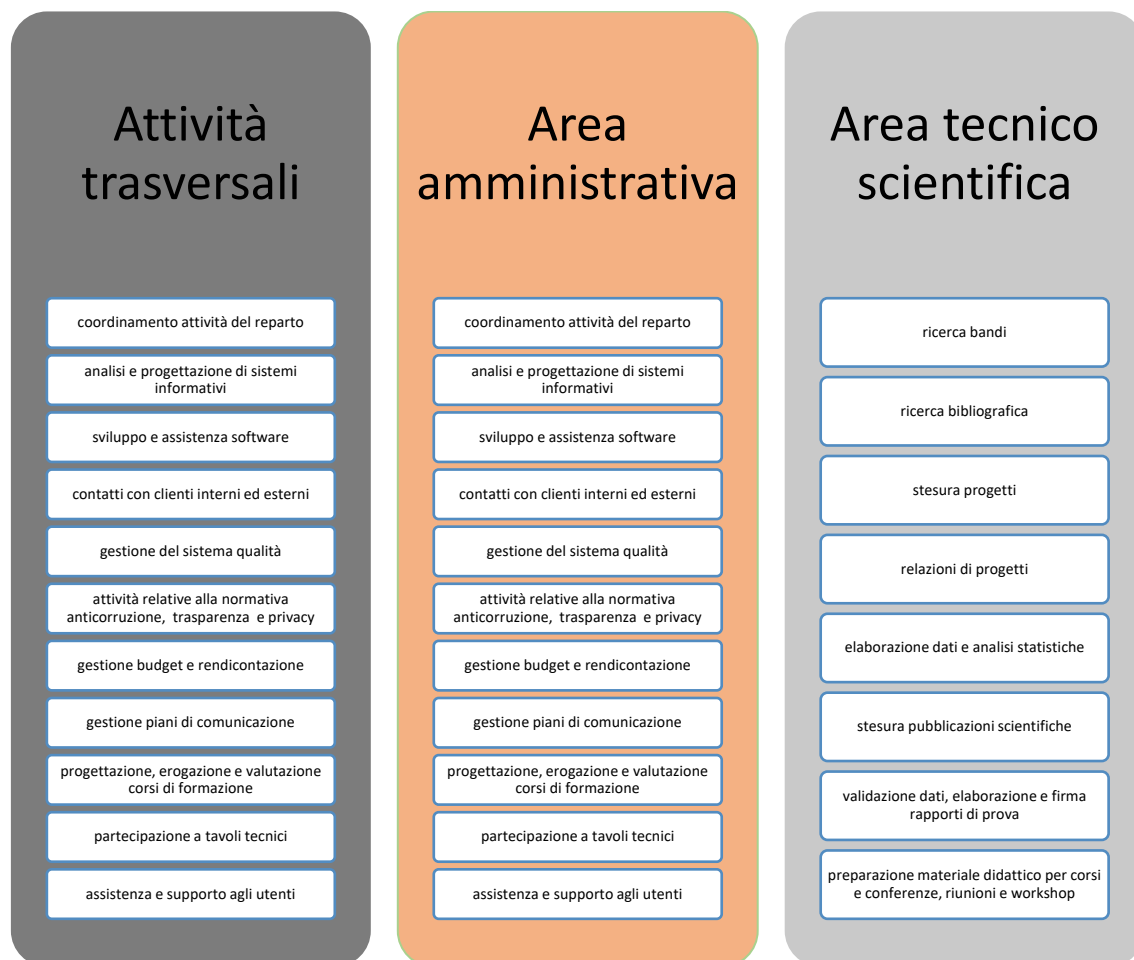
https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/operazione_trasparenza/2022/REGOLAMENTO_LAVORO_AGILE.pdf

La richiesta di rinnovo dell’accordo individuale per il lavoro agile ha avuto per due anni scadenza annuale (2022 e 2023), dal 2024 il contratto ha durata biennale.

I Responsabili dei Reparti, come gli anni precedenti, prima di richiedere la stipula del contratto per i dipendenti sotto la loro responsabilità, hanno indicato su uno schema dal titolo: “Piano operativo delle attività compatibili con il lavoro agile” quali erano i processi lavorativi che potevano essere svolti a distanza.

Le attività idonee al lavoro agile (Fig. 11) rimangono invariate nel corso del triennio 2022 – 2024.

Figura 11. Attività idonee al lavoro agile.



Fonte Elaborazione dati della SC “Risorse umane affari generali e transizione ecologica” IZSAM

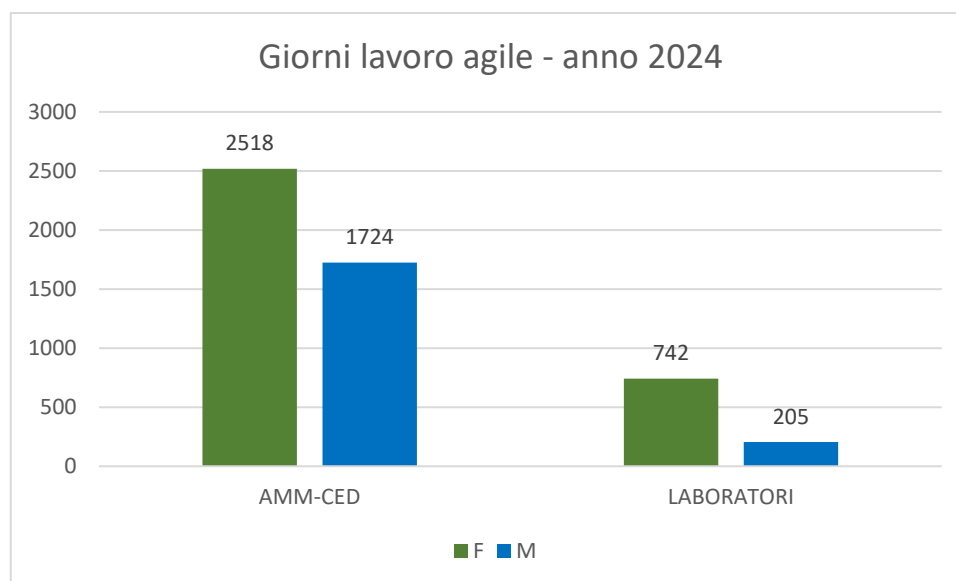
La procedura è rimasta invariata e segue il flusso descritto nel Regolamento del Lavoro Agile: i responsabili indicano il personale interessato, la modalità di rotazione, la fascia oraria di contattabilità (massimo il 50% dell’orario giornaliero), la fascia oraria disconnessione (minimo 12 ore) e i dispositivi informatici assegnati. Alla conclusione del processo, i dipendenti indicati firmano un “Accordo individuale per la prestazione in lavoro agile”.

Le autorizzazioni per le giornate in lavoro agile da parte del dirigente sono gestite attraverso il portale e, sempre attraverso il sistema informativo dedicato, sono inviati i report delle attività svolte in remoto.

Fino al 31/12/2023 sono stati 184 su un totale di 342 i dipendenti (pari al 53,80%) che hanno siglato l’accordo individuale del lavoro in modalità agile e nel 2024 sono stati 180 su un totale di 338 i dipendenti (pari al 54%)

Si osserva una variabilità minima del numero dei contratti nei due anni presi a riferimento. Nell’anno 2023 le giornate di lavoro svolte nella modalità in esame sono state pari a 5189 distribuite tra Reparti tecnici amministrativi (amm – ced) e tecnico scientifici (laboratori). (Fig. 12)

Figura 12. Distribuzione giorni lavoro agile tra i Reparti tecnici amministrativi e tecnico scientifici per sesso- anno 2023.

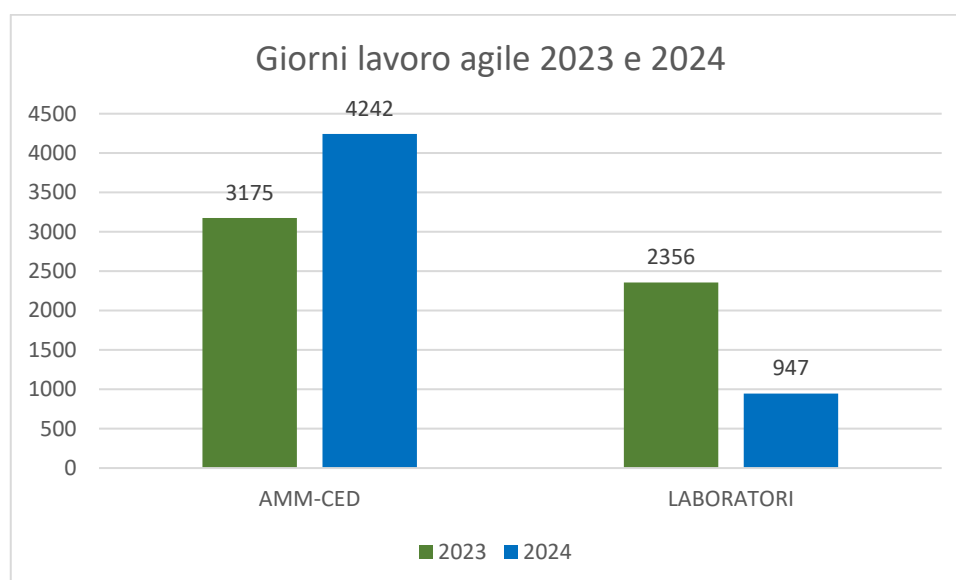


Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Le giornate svolte in lavoro agile sono state complessivamente 6056 nel 2022, 5531 nel 2023 e 5189 nel 2024. Stanno diminuendo di anno in anno, la motivazione può essere ricercata nel fatto che alcune persone fuori sede che usufruivano di più giorni a settimana sono andate in pensione.

Dai dati della figura 13 si osserva la differenza nel dettaglio: le giornate svolte in smart working sono aumentate di 1067 tra il 2023 e il 2024 nei reparti amministrativi- CED mentre sono diminuite di 1409 unità nei laboratori. Questi risultati confermano l'evidenza che il lavoro agile è più idoneo alle attività amministrative - informatiche che non necessitano degli ambienti, materiali e strumenti utilizzati nei laboratori.

Figura 13. Distribuzione giorni lavoro agile tra i Reparti tecnici amministrativi e tecnico scientifici anno.



Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Alla fine del 2025 sarà interessante osservare se ci sarà un nuovo decremento delle giornate e di lavoro agile e cercare di individuare la causa.

3.3 Sottosezione di programmazione: Le strategie di formazione del personale

La formazione, sia interna che esterna, rappresenta un investimento strategico e culturale sostenuto dal CDA anche nel Piano Strategico 25/27, in quanto le rapide trasformazioni tecniche e sociali richiedono un aggiornamento continuo delle competenze del capitale umano. In un contesto sociale in così rapida evoluzione, la formazione deve adeguarsi, rinnovandosi velocemente e costantemente. Un elemento centrale in questa trasformazione è l'adattamento delle metodologie di comunicazione e disseminazione del sapere, affinché rispondano alle esigenze di un ambito di riferimento che trascende i confini geografici nazionali e affronta la complessità geopolitica internazionale.

L'aula, quindi, non è più soltanto un luogo fisico in cui avviene la trasmissione di conoscenze, ma diventa uno spazio dinamico e interattivo che sfrutta le nuove tecnologie per favorire un'esperienza di apprendimento più flessibile e personalizzata, valorizzando la risorsa umana. Le moderne tecnologie, infatti, permettono di ridisegnare i percorsi formativi, consentendo un ampio accesso alla conoscenza sia in termini di tempo che di spazio con una riduzione significativa dei costi e dei tempi organizzativi, rendendo quindi la formazione più efficiente, sostenibile e scalabile.

In questo scenario, l'IZSAM, che già riveste un ruolo di leadership nel panorama nazionale e internazionale di riferimento, ha l'opportunità di raccogliere la sfida di riprogettare la propria offerta formativa con l'obiettivo di integrare le proprie eccellenze per creare nuovo "valore" e rispondere in maniera più mirata alle esigenze dei clienti interni ed esterni.

La definizione degli obiettivi strategici aziendali, che includono lo sviluppo delle competenze del capitale umano, non può prescindere da una rilevazione dei fabbisogni formativi interni. Questo passaggio è essenziale per avviare un processo formativo che non si limiti alla mera acquisizione di competenze tecniche, ma che venga percepito come un'opportunità di crescita personale e professionale incidendo in modo significativo sui processi di cambiamento a lungo termine.

In altre parole, le iniziative formative non sono solo funzionali al miglioramento delle competenze ma concepite e realizzate come strumenti per generare valore che si manifesta:

- nei benefici diretti per le persone che lavorano nell'amministrazione di riferimento, che, attraverso la formazione, possono accrescere le proprie competenze, ma anche motivazione e senso di appartenenza
 - nel miglioramento della qualità dei servizi offerti grazie a un personale più qualificato e preparato
 - nei cittadini e negli stakeholders, che sono i destinatari finali dei servizi erogati dall'ente e che beneficiano, direttamente o indirettamente, di una gestione più efficiente e di una maggiore capacità di innovazione e miglioramento continuo in un'ottica "One Health".
- anche grazie all'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale (IA).

Il Settore Formazione dell'IZS Teramo sta sviluppando una proposta triennale per il Piano di Formazione Aziendale, pensato per offrire una formazione allineata agli obiettivi strategici aziendali, alle normative nazionali e regionali in ambito tecnico-scientifico e manageriale.

Il Piano si prefigge di potenziare le competenze tecniche, scientifiche e manageriali dei dipendenti, partendo da una raccolta delle esigenze formative in stretta collaborazione con la Direzione dell'Istituto.

A tal fine è stata svolta un'indagine rivolta ai responsabili delle strutture semplici e complesse dell'Istituto, nonché ad alcuni referenti di settori specifici, finalizzata alla

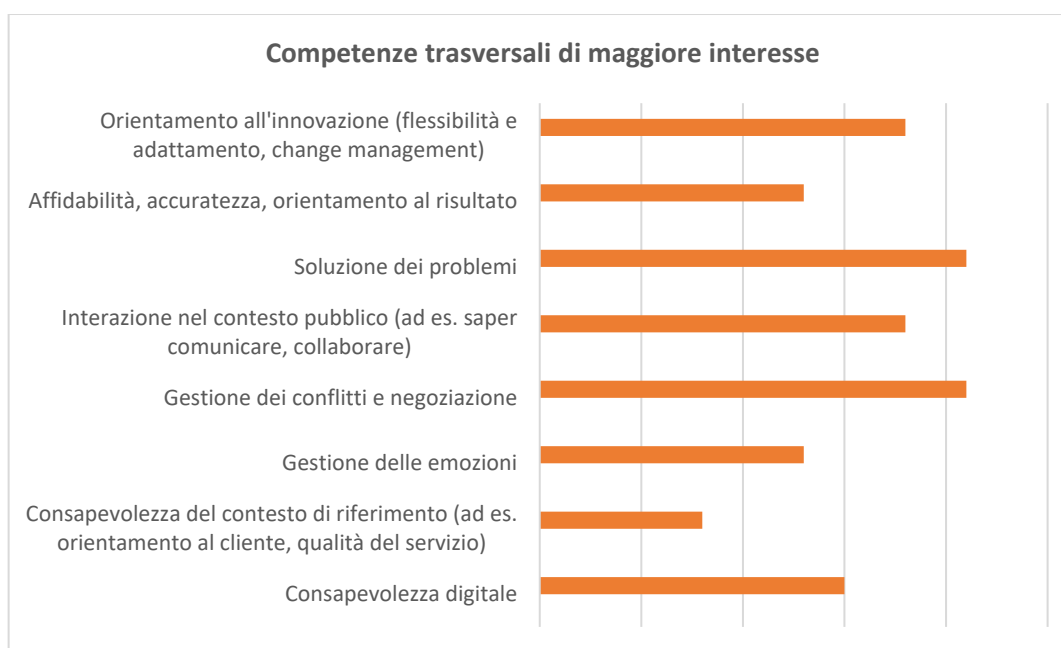
raccolta delle principali esigenze utili alla definizione del piano di formazione aziendale per il triennio 2025/2027.

L'indagine si è avvalsa di un questionario on line somministrato tramite la piattaforma SurveyMonkey.

Alcune domande del questionario hanno fornito una panoramica sul personale in servizio nelle varie strutture dell'IZS di Teramo, che conferma la prevalenza del personale sanitario, pari al 53%, seguito da figure tecnico-professionali (29%) e dal personale amministrativo (18%).

Nel questionario, si è inoltre ritenuto utile inserire una domanda finalizzata ad identificare le aree di maggiore interesse nei confronti delle tematiche relative alle competenze trasversali (*soft skills*) essenziali per il miglioramento delle prestazioni individuali e professionali. Il grafico 1 riporta le aree di maggiore interesse:

Figura 14. Competenze trasversali di maggiore interesse



Fonte Elaborazione dati della SC "Risorse umane affari generali e transizione ecologica" IZSAM

Tenuto conto delle indicazioni raccolte attraverso il questionario, la formazione per il triennio 2025-2027 sarà così organizzata:

- una formazione obbligatoria con corsi specifici pensati per diverse categorie di personale, tra cui dirigenti e comparto, nelle seguenti aree: sicurezza nei luoghi e ambienti di lavoro, anticorruzione e trasparenza, privacy e aggiornamenti normativi;
- una formazione trasversale sulle competenze di base (*soft skills*);
- una formazione specialistica su alcune delle principali aree di interesse dell'ente quali ad esempio la genomica, la bioinformatica e l'intelligenza artificiale, l'ecotossicologia, la chimica e la sicurezza alimentare, la sperimentazione animale, la sanità e il benessere animale, le competenze digitali, la comunicazione scientifica, la gestione del sistema qualità, la metodologia della ricerca e la produzione scientifica, le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, la validazione

delle metodiche diagnostiche, la progettazione e la gestione dei progetti di ricerca e cooperazione internazionale, i prodotti diagnostici e immunizzanti, le novità in ambito diagnostico.

Nell'ultimo biennio, il Centro di formazione dell'IZS Teramo ha formato a livello aziendale, nazionale ed internazionale circa **12.500** persone, utilizzando anche strumenti di e-learning, grazie alla capacità di reperire fondi aggiuntivi da progetti di ricerca, innovazione, gemellaggi con l'Unione Europea, le Organizzazioni internazionali, il Ministero della Salute e le Regioni di competenza.

3.4 Sottosezione di programmazione: L'accessibilità digitale

L'Istituto, conformemente a quanto richiesto dalla normativa nazionale la Legge n.4 del 9 gennaio 2004 *“Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici”* e dall'art. 3 della Carta Costituzionale, riconosce e tutela il diritto di ogni persona ad accedere a tutte le fonti di informazione e ai relativi servizi, ivi compresi quelli che si articolano attraverso gli strumenti informatici e telematici.

Le attività finalizzate al miglioramento dell'accessibilità dei servizi digitali sono state indirizzate, su diversi ambiti:

1. tutti i lavoratori con disabilità sono stati dotati adeguate strumentazioni hardware e software con tecnologia assistiva adeguata alla specifica disabilità, in relazione alle mansioni svolte.
2. L'accessibilità del sito web istituzionale è stata valutata tramite la conformità con il livello “AA” delle Web Content Accessibility Guidelines (WCAG 2.0). Per i nuovi siti web viene valutata già in fase di progettazione, anche per i documenti contenuti nelle pagine web, seguendo il criterio generale “by design e by default”.
3. Per i documenti non web, ossia per tutti i documenti disponibile in formato non accessibile è in valutazione una modalità alternativa per fornire in formato accessibile un contenuto testuale che ne riassume il contenuto (sommario).

Sezione 4 – Monitoraggio

Il monitoraggio del livello di attuazione delle sottosezioni Valore pubblico e **Performance**, avverrà secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. 150/2009 artt. 6 e 10 e attraverso le risultanze del controllo di gestione dell'Ente che riferisce all'OIV. Gli OIV verificano l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalano la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione. Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale devono seguire lo stesso processo di assegnazione iniziale e sono inserite nella relazione sulla performance. Pertanto, Le azioni di monitoraggio dovranno essere in grado di consentire azioni correttive tempestive anche quando c'è un cambiamento, nel corso d'anno, del contesto esterno o interno all'amministrazione tale da richiedere un cambio di rotta e non solo annualmente quando si passa da un PIAO all'altro.

Il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC. Il monitoraggio della Sezione “Organizzazione e capitale umano” avverrà in coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV.

Misurare il grado di raggiungimento del Valore Pubblico “**Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale**” sarà la vera sfida del prossimo futuro ossia imparare a misurare qualitativa e quantitativa gli impatto sulla collettività e sul territorio di tutte le azioni messe in campo in termini di effetti ottenuti; tenendo presente che la dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una attività o da un servizio sugli interessati nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza.

Allegati nn.3:

Allegato n. 1 Risultati attesi anno 2025;

Allegato n. 2 Tabella di Valutazione del rischio 2025/2027;

Allegato n. 3 Obblighi di Pubblicazione 2025/2027.