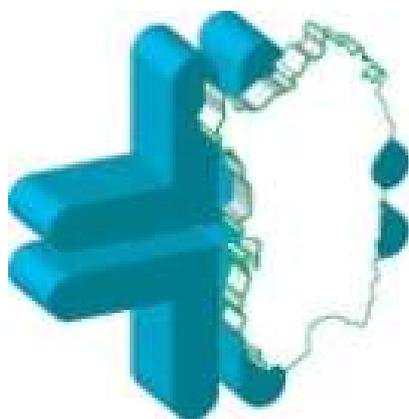


**ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE
DELLA SARDEGNA “G. PEGREFFI”**



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)**

2022-2024

ANNUALITA' 2022

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Sommario

Premessa	3
1. SEZIONE : SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
2. SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	5
2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	5
2.2 Sottosezione di programmazione – Performance	31
2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	46
2.3.1 Sezione prevenzione della corruzione del PTPCT	46
2.3.2 Sezione del PTPCT per la Trasparenza e l'Integrità 2022 - 2024	80
3. SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	99
3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	99
3.2 Misure per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	105
3.3 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile	107
3.4 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale	113
3.4.1 Formazione del personale	116
Le attività formative programmate sono indicate nelle relative schede di cui all'allegato n. 9 del PIAO: "Dettaglio attività formative programmate".	119
4. SEZIONE 4. MONITORAGGIO	120

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il decreto-legge 30.12.2021, n. 228, convertito con modificazioni dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, all'art. 1, co. 12, lett. a) ha differito, in sede di prima applicazione, al 30 aprile 2022, il termine del 31 gennaio 2022.

L'art. 7 del decreto legge 30.04.2022, n. 36 ha infine stabilito la proroga al 30/06/2022.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. A tal fine il Piano è affiancato da un processo di delegificazione che si sviluppa parallelamente all'iter di approvazione del DM che introduce il Piano-tipo.

Il presente documento viene redatto nelle more dell'adozione del decreto del Ministero per la Pubblica Amministrazione con cui è adottato il Piano tipo, fermo restando che si provvederà alle necessarie modifiche a seguito dell'emanazione di relative disposizioni in materia.

Il PIAO 2022-2024 ricomprende e declina in modo integrato e coordinato i seguenti Piani, già adottati dall'IZS Sardegna, nelle more dell'adozione dei surrichiamati decreti:

- la Piano Strategico 2022-2024, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 1/2022;
- il Piano Performance 2022-2024, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 2/2022;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 3/2022;
- il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024 approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 8/2021;
- il Piano Formativo Annuale (PFA) 2022, approvato con Determina del Direttore Generale n. 883/2021;
- il Piano delle Azioni Positive, approvato con determina del Direttore Generale n. 935/2020.

Il PIAO inoltre contiene:

- le disposizioni interne in materia di lavoro agile di cui alla nota prot. 1729/2022;
- l'elenco delle principali procedure da semplificare e reingegnerizzare.
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale.

Allegati:

- n.1 Schede Performance – Obiettivi Specifici
- n. 2 Tabella Obblighi Pubblicazione Amministrazione Trasparente
- n. 3 Determina DG 789-2021 Approvazione PTFP
- n. 4 Tabella PTFP anno 2022
- n. 5 Tabella PTFP anno 2023
- n. 6 Tabella PTFP anno 2024
- n. 7 PTFP Tabella 3-Ricerca
- n. 8 PTFP Prospetto 2 Quadratura CE
- n. 9 PTFA Dettaglio delle attività formative pianificate

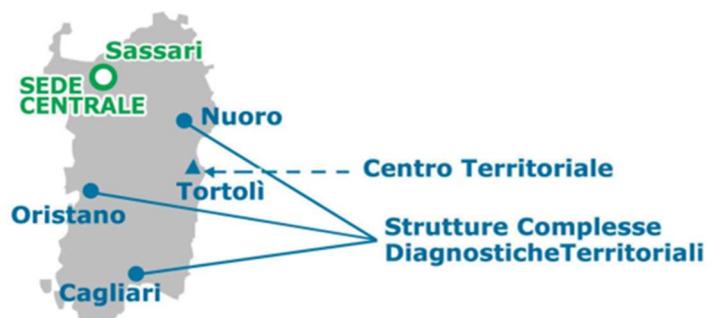
1. SEZIONE : SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

DENOMINAZIONE	Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna "G. Pegreffi"
INDIRIZZO	Via Duca degli Abruzzi 8 – 07100 Sassari
PEC	protocollo@pec.izs-sardegna.it
PI/CF	00095630901
SITO WEB	www.izs-sardegna.it
ISTITUZIONALE	
CANALE YOUTUBE	https://www.youtube.com/channel/UCe0WPrVA_1Yv9YiNg6LAazw

La sede centrale è a Sassari



4 sedi sono nel territorio.



2. SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione - *Valore pubblico*

In questa sottosezione l'Istituto illustra le linee strategiche programmate per il prossimo triennio, in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria, ed esplicita come la politica dell'Ente si traduce in termini di obiettivi di Valore Pubblico (*outcome/impatti*).

Come descritto dalle Linee Guida sul Piano delle Performance del Dipartimento della Funzione Pubblica, valore pubblico è quella misura d'impatto tesa a "migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder". Assodato questo, il valore pubblico deve essere definito in modo partecipativo con i portatori d'interesse. Non esiste una definizione assoluta, il valore pubblico cambia a seconda della mission istituzionale da perseguire, a seconda del contesto di riferimento, a seconda dei livelli di maturità amministrativa e della consapevolezza raggiunti.

Il Valore Pubblico è il livello equilibrato di benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholders, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione.

La dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza.

L'Amministrazione crea Valore pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholders.

Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale) e del contesto aziendale.

Le linee strategiche dell'IZS sono fortemente orientate verso le nuove policy che la Comunità Europea ha predisposto per la futura programmazione 2030. Hanno quindi un forte slancio verso la visione universalmente riconosciuta e consolidata di "One Health". Con tale concetto si intende l'approccio che sviluppa e mette in atto programmi, politiche, normative e ricerche che coinvolgono assieme Uomo, Animali, Ambiente e Salute.

Le strategie di one health di questo Istituto si tradurranno nello specifico in sostenibilità, sanità e benessere degli animali, lotta all'antibioticoresistenza, studio delle malattie zoonotiche, riduzione degli sprechi alimentari e promozione dell'economia circolare.

Un tema cruciale come quello della "One Health" deve essere affrontato dotandosi di una organizzazione che permetterà all'Istituto di ricoprire un ruolo centrale per migliorare la salute e il benessere degli animali e dell'uomo, e contribuire a realizzare una vera sostenibilità ambientale.

Ed ecco perché il futuro dell'Ente sarà proiettato verso aree tematiche strategiche quali la ricerca, la formazione, la maggiore presenza nel territorio, il potenziamento delle produzioni, l'adozione di strumenti e metodi di governance più evoluti e maturi.

Il concetto di “One-Health” diventerà uno dei temi dominanti della vita prossima dell'Istituto, e di tutti noi. La recente pandemia da Sars Cov 2 è, da questo punto di vista, tristemente esemplificativa e presa come modello per lo studio di nuovi approcci strategici necessari per la corretta gestione di problematiche sanitarie che interessano l'uomo, gli animali e l'ambiente in cui essi vivono.

Il contesto di riferimento

Sono profondi i cambiamenti che stanno interessando la sanità pubblica, il mondo delle filiere produttive, l'agroalimentare in generale e quindi anche il ruolo in termini di attività e di ricerca dell'IZS della Sardegna. Cambiamenti dovuti non solo alle dinamiche provocate dalla pandemia da Sars Cov 2 ma anche alla costante e complessa presenza di pressioni sanitarie, sociali e professionali provenienti dal territorio regionale, nazionale, Europeo ed Internazionale. Da qui discendono una serie di implicazioni gestionali per il management sanitario, la cui analisi deve partire proprio dalla stessa comprensione delle sfide da fronteggiare

Cambiamenti e nuove prospettive sono evidenziate anche dalle nuove linee programmatiche del Ministero della Salute e dalle nuove strategie derivanti dalla futura programmazione Europea. Entrambe le indicazioni pongono con urgenza le questioni della sostenibilità economica e sociale del sistema sanitario, la massima efficacia ed efficienza degli Enti, individuando priorità e nuove strategie

Per affrontare le future sfide che interesseranno l'intero ambito sanitario e le tante tematiche di competenza dell'IZS Sardegna, sarà necessario nei prossimi tre anni mettere in atto tutti gli strumenti per una gestione dell'Ente in grado di offrire un servizio efficiente e funzionale, formando professionisti che sappiano gestire i cambiamenti organizzativi e gestionali.

Allo scopo di perseguire un autentico progresso, la nostra organizzazione dovrà essere in grado di rispondere ai tanti mutamenti del panorama tecnico – scientifico. Per fare questo l'Istituto ha rilevato l'esigenza di valorizzare al meglio il proprio patrimonio organizzativo per essere in grado di rispondere sempre con maggiore efficacia ed efficienza, alle richieste del “mercato” dei servizi, siano essi relativi ai clienti istituzionali che agli operatori privati.

Contesto produttivo

La Sardegna conta 1,628 milioni di abitanti, al censimento 2020 , il 2,8 % della popolazione italiana, per una superficie pari a 24.090 km², pari all'8,0% del territorio italiano, ed una densità di circa 68 abitanti/km².

Il comparto ovino

L'economia della Sardegna moderna è legata soprattutto al settore terziario, ma un settore importantissimo, collegato strettamente alla mission dell'Istituto è quello dell'allevamento ed in particolare di quello ovino e caprino. In Sardegna si trova un terzo di tutti i capi ovini e caprini d'Italia.

Il quadro del comparto nazionale ha visto nel 2018 la presenza di 7,9 milioni di capi ovini in 142.650 aziende. Nel dettaglio la ripartizione degli allevamenti e dei capi nel 2018 ha mostrato che i 7,9 milioni di capi sono orientati per il 50,4% a produzione di latte, il 18,5% per la carne, lo 0,1% per la produzione di lana e il 29,5% per una produzione mista. Le oltre 142 mila imprese sono orientate per il 38,9% alla produzione di carne, per il 14,6% di latte, per il 20% per autoconsumo e per il 26,1% per produzione mista.



Gli allevamenti bovini

Il comparto regionale è rappresentato da 9.274 allevamenti dove sono presenti 261.923 capi. La Sardegna si colloca al 6° posto in Italia per capi allevati dopo Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Sicilia. Nonostante un moderato incremento della consistenza dei capi, negli ultimi dieci anni il numero di aziende ha subito una riduzione del 10,40% e la Sardegna continua ad importare circa il 60-65% delle carni da mercati nazionali ed esteri.

Rispetto alle produzioni, quella di carne rappresenta l'orientamento prevalente con 7.697 allevamenti (83%) e 187.433 capi (72%). Gli allevamenti specializzati nella produzione di latte sono 431 (5%) con 48.401 capi (18%). La restante quota è costituita da 1.146 allevamenti di tipo misto (12%) dove sono presenti 26.089 capi (10%).

GLI ALLEVAMENTI BOVINI



Fonte: BDN dicembre 2019

Il comparto suino

La Sardegna con 191.537 capi censiti possiede il 2,22% del patrimonio suinicolo nazionale, con una crescita della consistenza regionale del 15,77% nel quadriennio 2016-2019.

Gli allevamenti, soprattutto organizzati a ciclo chiuso (96%), sono oltre quattordicimila e sono localizzati in massima parte nel territorio di competenza delle Aziende Sanitarie Locali di Oristano (2843), Cagliari (2827), Sassari (2793) e Nuoro (2388). La consistenza media regionale è di 13,2 capi/azienda con un'estrema variabilità del dato. Gli allevamenti con consistenza maggiore si trovano soprattutto nella Sardegna meridionale.

Il 90% degli allevamenti è di tipo stabulato, solo il 10% semibrado. La produzione è orientata prevalentemente verso il suinetto da latte ed il magrone (rispettivamente il 67% e il 24% delle macellazioni del 2019).



Pescicoltura e Itticoltura

Le imprese sarde di acquacoltura intensiva e semintensiva, sono attualmente rappresentate da impianti per l'allevamento di specie ittiche pregiate sia di acqua salata che di acqua dolce e di molluschi. La Sardegna è ancora una delle regioni italiane leader nelle produzioni ittiche marine, con le maggiori potenzialità di sviluppo sia quantitativo che, fattore estremamente importante, qualitativo. Nonostante la grande disponibilità di siti idonei per intraprendere l'attività, la piscicoltura in Sardegna ha rivestito un ruolo marginale nell'economia della regione sino alla fine degli anni '90.



La Mission

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna "G.Pegreffo" è un Ente sanitario di diritto pubblico, il cui funzionamento è disciplinato dal decreto legislativo 30 giugno 1993, n° 270, dal decreto ministeriale 16 febbraio 1994, n° 190 e dal decreto legislativo 28 giugno 2012, n° 106, recepito con la legge regionale 17 dicembre 2012, n° 25.

L'Istituto è dotato di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica, opera nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale come strumento tecnico scientifico dello Stato e della Regione, per l'espletamento delle funzioni veterinarie a tutela della sanità umana e animale, della qualità sanitaria dei prodotti di origine animale e dell'igiene delle produzioni zootecniche, del benessere animale.

È posto sotto la vigilanza amministrativa della giunta regionale e garantisce alle Aziende Sanitarie Locali le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessaria.

La Vision

L'IZS della Sardegna intende rafforzare il suo ruolo strategico nell'ambito della sanità pubblica veterinaria, diventando un polo di eccellenza all'interno della strategia "One health" e orientando la sua azione verso politiche sanitarie sempre più trasversali a supporto della sanità e al benessere degli animali, della salute dell'uomo e della sostenibilità ambientale

Oltre alle attività routinarie, che riguardano principalmente la diagnostica delle malattie infettive degli animali e delle zoonosi ed il controllo degli alimenti, l'Istituto porta avanti, in stretta collaborazione con i Servizi Veterinari con l'Università e con tutte le strutture presenti sul territorio deputate alla ricerca e prevenzione, Piani Nazionali, Regionali e Comunitari di grande importanza sanitaria ed economica.

L'Istituto è inserito nella "Rete degli Istituti Zooprofilattici (dieci in tutta Italia) e rappresenta uno strumento operativo indispensabile per assicurare i servizi tecnico scientifici necessari a garantire il corretto equilibrio tra le esigenze di sviluppo del sistema produttivo agro alimentare e la tutela sanitaria dei consumatori.

Gli sforzi in atto per tradurre nella pratica gli imperativi posti in essere dalla U.E. e dalla organizzazione del commercio internazionale nel campo della sicurezza alimentare, trova negli Istituti uno strumento capace di coniugare le esigenze di competizione internazionale con quelle di valorizzazione delle realtà locali.

Nel campo dell'igiene degli alimenti, e più in generale della Sanità Pubblica Veterinaria, l'Istituto costituisce un importante punto di riferimento e di supporto tecnico-scientifico per le strutture, pubbliche e private, che si occupano di sanità pubblica veterinaria ma anche di controllo della filiera produttiva. Il suo intervento è finalizzato alla salvaguardia del patrimonio zootecnico e alla tutela igienico-sanitaria delle produzioni ed allo sviluppo del sistema produttivo agro-alimentare regionale.

L'Istituto, grazie alle professionalità che vi operano, svolge un importante ruolo professionale e scientifico in settori d'interesse emergenti, quali la difesa dell'ambiente, la tutela faunistica, il monitoraggio degli ecosistemi terrestri e marini, la contaminazione ambientale ed il benessere e la sperimentazione animale.

Realizza attività di ricerca e sviluppo, in stretta connessione con le attività formative, per adeguare i

propri processi produttivi agli standard più avanzati facilitando il trasferimento dei risultati della ricerca stessa alla pratica professionale, anche attraverso la collaborazione con le Università e gli enti di ricerca e le aziende del territorio.

L' Istituto è sede di tre Centri di Referenza Nazionale: il Centro di Referenza Nazionale per l'Echinococcosi/Idatidosi (CeNRE), il Centro di Referenza Nazionale per le produzioni biologiche, il Centro di referenza nazionale per le mastopatie degli ovini e caprini(CReNMOC).

Il Piano Strategico dell'IZS Sardegna prevede un cambiamento del ruolo dell'ente rispetto al proprio territorio, condividendo con gli altri stakeholders una strategia finalizzata - proprio in un'ottica di One Health - agli interventi integrati che rendano sempre più impattante il lavoro nell'ambito della sanità pubblica non solo veterinaria. L'allargamento dei confini entro cui l'Istituto può e deve operare rende necessario un impegno maggiore rispetto al passato per affrontare con successo ogni sfida che si presenterà.

Ad esempio, implementando strumenti di conoscenza avanzata attraverso la ricerca, e basati sulla sorveglianza attiva del territorio, sulla raccolta, e sulla messa in comune e l'elaborazione di dati produttivi e sanitari.

Questi nuovi elementi scientifici e di conoscenza saranno utilizzabili per favorire un'evoluzione dei sistemi produttivi attuali, verso modelli sempre più sostenibili da un punto di vista sanitario, ambientale e rispettosi del benessere degli animali.

Anche la politica comunitaria ha raccolto queste indicazioni, traducendole in sollecitazione al mondo produttivo perché fornisca risposte adeguate rispetto ai bisogni espressi dai consumatori.

Nel quadro più ampio di una politica di crescita sostenibile, orientata allo sviluppo di un'Europa più intelligente, più verde e priva di emissioni di carbonio, più connessa, più sociale e più vicina ai cittadini, ha quindi fissato degli obiettivi strategici per le filiere agroalimentari riassumibili in: incremento del livello di salute e benessere degli animali allevati; limitazione dell'uso degli antibiotici in zootecnia; riduzione delle emissioni gassose e azotate; elaborazione di risposte adeguate alla domanda di prodotti alimentari di qualità da parte dei consumatori.

Questi obiettivi fanno riferimento a problematiche particolarmente complesse e multifattoriali, che hanno ricadute importanti su uomo, animali ed ambiente.

Il loro raggiungimento non può prescindere da interventi che richiedono competenze ampie e molteplici, con il coinvolgimento di tutte le figure che hanno ruoli attivi lungo le filiere.

Per tali motivazioni la politica futura dell'Istituto sarà quella di investire in specifici strumenti gestionali con l'intento di individuare nuovi meccanismi organizzativi, finalizzati attraverso un'attenta programmazione e successivo controllo al miglioramento complessivo delle performance aziendali.

Sarà infatti compito della direzione aziendale individuare la risposta a tali sfide, prevalentemente collegata alla dimensione professionale, rispondendo alle aspettative politiche, istituzionali e sociali.

La ricerca di migliori modalità di utilizzazione delle risorse rappresenterà una condizione necessaria e di base per il funzionamento dell'Istituto e diventerà un requisito fondamentale qualora ci si trovi ad operare in condizione di riduzione delle risorse reali a disposizione delle aziende.

Fondamentale sarà il coinvolgimento nei processi gestionali e decisionali delle figure professionali. La focalizzazione del loro ruolo deriva dalla convinzione della necessità di una loro sempre maggiore partecipazione sia negli ambiti di responsabilità propri, sia sulla disponibilità di informazioni non solo di natura tecnico- diagnostica, ma anche di natura gestionale ed economica connesse con lo svolgimento delle proprie attività.

A partire dal mandato istituzionale è stato così definito il Piano triennale 2022- 2024, strumento di pianificazione che funge da connettore tra la strategia e l'operatività. Risorse e azioni, rientranti nel Budget, dovranno essere attuate nel triennio di riferimento e consentiranno all'Istituto di razionalizzare, ottimizzare, sviluppare e innovare le proprie prestazioni, in termini di appropriatezza e di valore per la collettività



Le traiettorie attraverso cui si sviluppa il piano strategico sono sei.

Ciascuna di esse si articola in differenti aree che mirano ad obiettivi, attraverso i quali si esplicano le azioni di cambiamento.

L'attuale fase di vita dell'Istituto è caratterizzata da un momento di grande riflessione organizzativa che, come detto, si rende necessario per adeguare l'odierno assetto rispetto alle mutate condizioni del contesto operativo di riferimento ed alle diverse esigenze emerse.

E' per questo motivo che la Direzione ha promosso un percorso condiviso con gli Organi dell'istituto e il comitato strategico per individuare i punti di forza e di debolezza dell'attuale organizzazione.

Allo scopo è stata condotta un'analisi SWOT sul contesto generale e su ciascuna struttura, che ha portato alla individuazione dei seguenti obiettivi:

- definire gli interventi per produrre uno “scongelo” organizzativo affinché tutti collaboratori comprendano l'esigenza ed i benefici del cambiare;
- capire l'importanza di mettere a fuoco una strategia di sviluppo (e le azioni puntuali previste e i traguardi strategici), che rappresenti sia il patto che il gruppo dirigente stringe per collaborare al conseguimento dei risultati, sia il contratto verso i portatori di interessi esterni, cioè l'esplicitazione delle attese che essi possono vantare sull'organizzazione;
- individuare le traiettorie tramite cui l'IZS occupa il suo spazio strategico, che coincide con i contenuti del ciclo strategico che direzione e gruppo dirigente dell'IZS intende svolgere nel mandato 2022-2024;
- avviare una riflessione su quale vuole essere la “legacy” (eredità) che il gruppo dirigente dell'IZS vuole lasciare dietro di sé. Quale trasformazione, cambiamento, riconfigurazione. Come il cambiamento renderà l'IZS un luogo, una organizzazione migliore di quanto non sia oggi.

1. One health: sviluppare nuovi approcci diagnostici.

Nuovi strumenti di governance in sanità pubblica che favoriscano la determinazione di azioni integrate per generare sinergie e complementarità

La componente di Sanità Pubblica Veterinaria non può che nascere da una visione, ormai internazionalmente condivisa e consolidata, di One Health, intesa come “l'approccio per sviluppare e mettere in atto programmi, politiche, normative e ricerche nei quali settori multipli comunicano e lavorano insieme per giungere a migliori risultati per la salute pubblica” (OMS).

L'IZS della Sardegna nei prossimi tre anni svolgerà in tale ambito un ruolo fondamentale, incentrato su nuove strategie di integrazione tra le varie componenti al fine di sviluppare nuove reti di collaborazione, la possibilità di orientare ed ottimizzare le attività dei laboratori, e in particolare dei Centri di Riferenza Nazionali, di potenziare il ruolo della ricerca attraverso le figure dei Ricercatori, dei collaboratori e di tutto il personale che a vario titolo rientra nelle attività che possono dare origine a nuovi progetti, nuove integrazioni con gli altri Istituti, l'Università, tutti gli Enti pubblici e privati che si adoperano per essa.

Si dovrà potenziare il servizio al territorio finalizzandolo non solo al miglioramento del livello sanitario, di benessere animale, di sicurezza alimentare ma anche alla qualità delle produzioni, alla

loro certificazione, alle possibili attività che i centri di Referenza nazionale dovranno mettere in atto in termini di supporto e sviluppo alle filiere zootecniche ed agroalimentari.

Attraverso un'interazione ed integrazione delle funzioni delle diverse componenti della sanità è possibile pianificare ed attuare interventi che, nel medio periodo, permettano con efficacia di raggiungere obiettivi sostanziali di protezione della popolazione umana ed animale e dell'ambiente. L'obiettivo è raggiungibile in particolare attraverso lo sviluppo di programmi di sorveglianza, raccolta ed analisi di informazioni affidabili, elaborazione di programmi di valutazione del rischio scientificamente sostenibili dai quali far derivare misure di controllo "risk based". La recente emanazione dei Decreti legislativi (D. Lvo 02.02.2021, n. 27, in applicazione del Regolamento Comunitario sulla sicurezza alimentare 2017/625 UE) e sulla sanità animale di prossima emanazione (429/2016 UE, in vigore dal 21.04.2021) orientano infatti le Autorità Sanitarie Competenti (Nazionali, Regionali, Locali) ad assumere nei confronti di questi grandi temi, approcci di gestione complessiva molto orientati sul rischio, e sulla conoscenza approfondita di tutta la filiera agroalimentare

Oggetto del cambiamento sarà il ruolo dell'IZS Sardegna rispetto al proprio territorio, condividendo con gli altri stakeholders una strategia finalizzata, proprio in un'ottica di One Health, ad interventi integrati che rendano sempre più impattante il lavoro svolto lungo le filiere agroalimentari.

Sarà centrale il tema delle specializzazioni su specie animali, tipologie di produzione, attività di laboratorio, sia in termini tecnico- scientifici che organizzativi.

Il raggiungimento del corretto rapporto Uomo-Animale-Ambiente, che è il pilastro fondante del concetto di One-Health, è fortemente correlato alla capacità dei sistemi coinvolti di sviluppare strategie di riassetto organizzativo, finalizzate a tale scopo. Proprio per questo motivo l'IZS della Sardegna intende condividere e mettere in pratica le basi del successo di tale ipotesi strategica nel proprio assetto organizzativo.

Va sottolineato inoltre come nel riassetto imposto al sistema regionale, attraverso la legge 24 del 11.09.2020, l'IZS della Sardegna (animale) viene individuato come ente del sistema regionale, assieme alle ASL (Uomo) e all'ARPAS (Ambiente), e viene indicato in modo preciso che tra i tre enti coinvolti (nel concetto sopra citato di one health) deve esistere un momento di condivisione delle modalità di raccordo funzionale, al fine del raggiungimento degli obiettivi (di salute).

L' IZS della Sardegna all'interno di questo complesso sistema si farà promotore per lo sviluppo di un modello integrato, che nasca da un nuovo processo di pianificazione e programmazione, sia degli interventi di natura sanitaria, sia delle azioni di sostegno economico. E' necessario uno schema di interventi finalizzati al sostegno della filiera zootecnica, concentrati in particolare sulla formazione delle diverse figure coinvolte nel settore, la gestione degli investimenti e dell'innovazione tecnologica

(strutture e ICT), l'innalzamento dello status sanitario e di benessere animale, l'epidemiologia, la qualità e la sicurezza degli alimenti di origine animale, lo sviluppo di piattaforme informatiche per la raccolta e la gestione dei dati, il servizio di assistenza e di consulenza aziendale, la gestione delle emergenze epidemiche e non.

AZIONI DI VALORE	IMPATTO	STAKEHOLDER
Migliorare il livello sanitario, di benessere animale, di sicurezza alimentare, di qualità delle produzioni, per supportare le filiere zootecniche	Sanitario Economico	Servizio Sanitario Pubblico Operatori del Settore Cittadini
Attivare misure di controllo risk based	Sanitario Economico Ambientale	Autorità Sanitarie (Nazionali Regionali Locali) Operatori del settore Cittadini
Maggiore integrazione nel territorio	Sanitario Economico Ambientale Educativo	Cittadini Enti del settore Operatori del settore Università

2. Potenziare e rilanciare i centri di referenza nazionale, porsi in modo “distintivo” nella rete degli IZS.

I Centri di Referenza Nazionale (CdRN), localizzati presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. Le loro funzioni, in base all'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, sono finalizzate a confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori; attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; avviare idonei “ring test” tra gli II. ZZ. SS.; utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; predisporre piani d'intervento; collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi; fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche. I Centri di referenza nazionali sono veri e propri centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni Internazionali con le quali collaborano, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e l'Agenzia delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura. Tali Organizzazioni chiedono, ai Centri di Referenza di mettere a disposizione le tecnologie, i servizi, i progetti di ricerca i prodotti diagnostici e profilattici, la formazione per sostenere la crescita dei Paesi membri.

L' Istituto è sede di tre Centri di Referenza Nazionale, inseriti, nell'attuale organizzazione, presso le SC sanità animale - CeNRE e CRENOC- e presso la struttura diagnostica territoriale di Nuoro (CRNPB).

Il centro di Referenza Nazionale per l'Echinococcosi/Idatidosi (CeNRE), fondato nel 2002, è anche Laboratorio Nazionale di Referenza (NRL) a supporto dei Laboratori Comunitari di Referenza indicati nel Reg. CE 776/2006. Fornisce consulenza e servizi alle Organizzazioni internazionali quali OIE, FAO e OMS, a Istituzioni dell'Unione Europea, al Ministero della Salute e ai Servizi Veterinari della Regione e delle Aziende Sanitarie locali , agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ad altre Istituzioni non sanitarie.

Il Centro di Referenza Nazionale per le produzioni biologiche (CRNPB), istituito con D.M. 8 maggio 2002 come Centro di Referenza Nazionale per la Zootecnia Biologica ha ampliato ed esteso nel 2011 (Decreto Ministeriale del 04 agosto 2011) le proprie competenze anche alle produzioni vegetali per cui oggi il Centro è riconosciuto come Centro di Referenza Nazionale per le Produzioni Biologiche (CRNPB), comprendendo quindi tutto il comparto agrozootecnico.

Il Centro si colloca come strumento operativo di coordinamento, assistenza e riferimento nazionale nel campo delle produzioni agricole e zootecniche, biologiche svolge il suo ruolo di eccellenza scientifica quale strumento del Ministero della Salute, del Ministero delle Politiche Agricole, degli Assessorati regionali della Salute, dell'Agricoltura e dell'Ambiente, degli altri Istituti Zooprofilattici, delle strutture del SSN ed inoltre di tutti i soggetti interessati alle produzioni biologiche, in particolare degli operatori del settore e dei consumatori, delle autorità sanitarie locali, degli enti pubblici, ciascuno per gli aspetti ad esso più strettamente collegati .

Il Centro di Referenza Nazionale per le Mastopatie degli Ovini e Caprini (CReNMOC) , istituito presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna con Decreto del Ministero della Salute del 13 febbraio 2003, svolge la propria attività avvalendosi delle competenze dei laboratori dell'Ente della sede di Sassari e dei dipartimenti territoriali, che operano nei settori della microbiologia, sierologia, istologia, epidemiologia, diagnostica, ricerca e sviluppo, benessere animale, produzione di vaccini per le mastiti e formazione.

L'attuale direzione ritiene che esistano al momento grandi potenzialità di sviluppo per i Centri di Referenza in tutti i settori: ricerca, formazione, trasferimento tecnologico, cooperazione. Indispensabile sarà riposizionare e rafforzare il loro ruolo all'interno dell'Istituto diventando poli di riferimento primario all'interno della strategia "One health" orientando le loro azioni verso politiche sanitarie sempre più trasversali a supporto della sanità e al benessere degli animali, della salute dell'uomo e della sostenibilità ambientale.

L'Istituto sosterrà il rilancio dei centri mettendo in atto delle azioni rappresentate da:

Un nuovo assetto organizzativo, necessario a ridare ai centri la propria centralità ed identità;

Un coordinamento unico, per garantire una corretta gestione delle risorse umane e strumentali ed i

rapporti con gli stakeholder;

Una maggiore disponibilità di risorse umane indispensabili ad implementare le attività di ricerca, formazione e comunicazione nei settori specifici.

A tal fine metterà a disposizione sia le strutture della ricerca (Albero della ricerca), sia il personale - ricercatori ed collaboratori - che possano supportare i Centri nella individuazione dei bandi, nella realizzazione e rendicontazione dei progetti, nella comunicazione e divulgazioni dei risultati.

Una maggiore trasversalità delle attività nei vari settori di interesse dell'Istituto.

AZIONI DI VALORE	IMPATTO	STAKEHOLDER
Nuovo assetto organizzativo	Sanitario Economico	Enti sanitari Operatori del settore
Coordinamento unico	Sanitario	Enti sanitari Operatori del settore Personale interno
Più risorse umane	Sanitario Sociale	Cittadini Personale interno

3. Potenziare e sviluppare l'attività di ricerca.

Attivare e consolidare la funzione di formazione attraverso la progettazione di una "academy" regionale o nazionale.

Per "governance della ricerca" si intende l'insieme delle strategie che l'Istituto deve definire per gestire in modo compiuto il sistema della ricerca, che va alimentata con i dati, monitorata, valutata, valorizzata e divulgata.

Deve essere in grado, inoltre, di rispondere ai quesiti reali che nascono nell'ambito del SSN, dalle esigenze dei territori, dal mondo delle imprese, soprattutto in un'ottica di adozione o di critica alle nuove tecnologie che vengono proposte, con la finalità di rispondere in termini di ricaduta pratica alle esigenze del mondo sanitario e produttivo. Per tale motivo quando si parla di ricerca non si deve pensare a quella relegata all'ambito squisitamente laboratoristico ma si deve disegnare una vision più ampia valorizzando tutti le attività che stanno intorno ad essa e che concorrono ad alimentarla con dati e informazioni, a migliorare la qualità metodologica e scientifica delle proposte, a valutare l'effettiva capacità innovativa nonché la loro ricaduta nei diversi sistemi sanitari nazionali e/o internazionali.

Importante è inoltre il processo comunicativo dei risultati. Il contesto comunicativo è oggi quanto mai ricco grazie anche ai nuovi mezzi di divulgazione e innumerevoli sono le opportunità di mostrare al mondo gli esiti della ricerca.

Nell'attuale organizzazione l'area è governata dalla direzione aziendale e dai servizi che ne curano gli aspetti gestionali e tecnico amministrativi e viene attuata all'interno delle strutture tecniche dai ricercatori, dirigenti e personale della piramide.

L'Istituto ha tra i suoi compiti istituzionali anche quello di provvedere alla formazione degli operatori sanitari come definito dalle norme che lo governano (D.lg.vo 270/93; D D.lg.vo 106/2012). Nell'attuale assetto organizzativo la struttura "Pianificazione della Ricerca, Formazione e Educazione Sanitaria" in staff alla direzione aziendale gestisce l'attività del provider ECM (ID 14) e le relazioni con gli Enti accreditanti (Regione Sardegna e AGENAS), elabora e gestisce il Piano Formativo Aziendale; gestisce i contratti e le collaborazioni con le altre Istituzioni; coordina le attività del comitato scientifico della formazione e collabora con tutte le strutture interne e con gli organismi regionali e nazionali deputati alla formazione continua in medicina.

La formazione è strettamente connessa alla ricerca in quanto veicolo privilegiato per trasferire conoscenze e migliorare le competenze del personale che opera in sanità. L'Istituto è Provider pubblico accreditato per la formazione e, tra i vari provider pubblici presenti sul territorio regionale (ATS, AOUC, AOUS, BROZU) l'Istituto è l'unico ad avere peculiarità e specificità in materia di formazione in ambito veterinario.

La Regione Sardegna, in particolare l'assessorato alla sanità, ha individuato nell'Istituto l'Ente Sanitario presente sul territorio in grado di sviluppare programmi di formazione, educazione sanitaria e comunicazione su tematiche di interesse veterinario da destinare al personale delle ASL, della Regione e agli operatori del settore.

Anche per l'Università e la Scuola primaria e secondaria l'Istituto rappresenta un punto di riferimento per l'educazione sanitaria ed i programmi di alternanza scuola- lavoro. In particolare, le Università di Sassari e Cagliari hanno manifestato negli anni l'esigenza di avvalersi dell'Istituto a supporto delle attività formative degli studenti di varie facoltà, in particolare Veterinaria, sia per i corsi di laurea che per le scuole di specializzazione.

L'Istituto offre infatti competenze interne di altissimo profilo per la didattica, e permette agli studenti la frequenza dei laboratori accreditati.

Le attività di formazione ed educazione sanitaria in ambito di SPV ma più ampiamente nel settore One health vengono destinate anche alla popolazione in generale quando si parla di aspetti che coinvolgono l'uomo, gli animali e l'ambiente.

Come emerge dal contesto descritto, la formazione rappresenta una area strategica dell'Ente con grandi potenzialità di sviluppo che può portare nel prossimo triennio alla creazione di una agenzia regionale di formazione in SPV.

Realizzare il progetto dell'agenzia, ovvero posizionare l'istituto come partner di riferimento regionale e nazionale in formazione specifica di settore, richiede avere una leadership riconosciuta, una adeguata organizzazione, risorse, capacità amministrativa. Considerato il fabbisogno manifestato dagli stakeholder si può dire che La leadership dell'Istituto nel settore è sufficientemente riconosciuta; si hanno infatti le competenze e conoscenze necessarie per attuarla ma bisogna lavorare nel tempo per rafforzare le stesse con una adeguata organizzazione.

Prodromico alla creazione dell'agenzia è rafforzare i punti di debolezza del sistema, ovvero:

potenziare la struttura formazione inserendo nuove figure professionali, amministrative e tecniche. Allo scopo ci si potrà avvalere dei collaboratori di ricerca che rappresenterebbero i collettori ideali tra servizio formazione e le esigenze dell'utenza. Tali figure, adeguatamente formate, potranno essere in grado di sviluppare percorsi formativi altamente rispondenti alle esigenze degli stakeholders, collaborare con tutti i settori interni ed esterni all'Istituto per sviluppare programmi di educazione sanitaria, comunicare efficacemente.

rivisitare l'organizzazione del servizio, suddividendolo in specifici settori (formazione residenziale; FAD; educazione sanitaria, comunicazione) in modo da orientare l'offerta dei servizi.

Investire in tecnologie per permettere di erogare formazione su vasta scala ed implementare gli strumenti gestionali;

Attivare contratti per acquisire strutture e servizi a supporto della formazione.

AZIONI DI VALORE	IMPATTO	STAKEHOLDER
Potenziare l'attività di ricerca	Sanitario Economico	SSN - Imprese
Attivare e consolidare la funzione di formazione attraverso la progettazione di una "academy" regionale o nazionale	Sanitario Sociale Formativo Divulgativo	Enti Sanitari Università Scuole Secondarie e Primarie Operatori del settore

4. Valorizzare l'attività di produzione diretta svolta dall'IZS e di tutta la filiera industriale collegata.

La produzione dei vaccini stabulogeni (batterici) costituisce uno dei compiti istituzionali dell'Ente, quale supporto alla zootecnia della Regione nella lotta ad alcune patologie presenti negli allevamenti. Oltre a rappresentare un indicatore epidemiologico indiretto (proxy) sulla reale diffusione di alcune patologie, favorisce una migliore collaborazione tra il mondo produttivo e l'Istituto, garantendo la salubrità delle produzioni e contribuendo significativamente al contenimento dell'uso di antibiotici negli allevamenti zootecnici.

Strettamente correlata quindi alla traiettoria "sviluppo sostenibile", ma anche "One health", questa traiettoria darà impulso rinnovato al filone di attività più classico della storia degli istituti, e che rappresenta una caratteristica unica nello scenario nazionale. In un mondo che riscopre l'utilità dei vaccini, a causa della pandemia da Covid-19, con l'industria che favorisce le produzioni, ma in una ottica di mercato e di profitto, la produzione di vaccini stabulogeni sarà senz'altro una leva su cui potranno contare gli utenti istituzionali e privati.

L'attività di produzione, in una ottica di fornitura di servizi agli utenti, copre anche l'importante area della produzione dei terreni culturali, e dello sviluppo di diagnostici che sarà parte della traiettoria. Evidentemente il forte legame con gli aspetti amministrativi di supporto impone che le scelte organizzative dovranno essere opportunamente orientate alla implementazione dei sistemi informativi in uso in IZS con l'insieme dei sistemi in uso nelle aziende zootecniche, nei servizi ASL, e in generale nell'universo degli utenti (ricetta elettronica, banca dati nazionale, anagrafe individuali, registri aziendali, fatturazione elettronica etc.)

Il contesto di partenza e le riflessioni che hanno motivato gli approfondimenti sulla decisione di investire nel potenziamento e sviluppo delle produzioni di presidi immunizzanti (vaccini stabulogeni), fanno riferimento alla crisi profonda che sta vivendo il settore zootecnico italiano (impatto della pandemia da Sars Cov 2 in tutti i settori zootecnici, i recenti focolai di influenza aviaria e di Peste Suina Africana) e alle emergenze sanitarie che potranno, a breve, avere ripercussioni importanti anche sulla salute umana, come il fenomeno dell'antibiotico-resistenza. La concentrazione delle produzioni a livello territoriale corrisponde all'adozione di modelli di allevamento confinato, intensivo, che cominciano a mostrarsi inadeguati rispetto ai recenti orientamenti della società europea, più sensibile alle problematiche sanitarie e ambientali e alle istanze di natura etica. In generale, emerge un disagio connesso alla difficoltà di riadattare il sistema produttivo a una nuova traiettoria di sviluppo che si sta delineando nei documenti di orientamento dell'Unione Europea, che chiedono al settore di cogliere le istanze dei consumatori e cittadini europei in modo competitivo e responsabile. Oltre all'esigenza di adeguarsi a nuove norme introdotte per ragioni sanitarie ed ambientali o nel tentativo di riavvicinare l'allevamento a sistemi più animal friendly, con la produzione di prodotti biologici, il settore è sottoposto a una serie di

necessità per gestire fattori produttivi esposti a rischi complessi come intossicazioni, epidemie con diffusione di microrganismi antigenicamente diversificati e ceppi batterici antibiotico-resistenti. Inoltre, preoccupante è la diffusione di patologie emergenti e/o riemergenti, responsabili di perdite economiche importanti per il settore zootecnico contro le quali non esistono né sono in corso di registrazione vaccini specifici, ciò determinato dallo scarso interesse delle grandi industrie multinazionali ad investire in presidi immunizzanti verso patologie circoscritte per territorio e specie. Questa realtà dimostra come sia importante per poter contrastare l'insorgenza di nuove emergenze sanitarie, come l'antibiotico-resistenza, poter disporre di presidi immunizzanti (Minor use /Minor species), prodotti per un mercato "non globale" che tengano conto del territorio e della sua zootecnia.

Proprio su questi principi prende corpo e consistenza il Ruolo dell'officina farmaceutica dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale nell'ambito della Prevenzione, con lo sviluppo di Kit diagnostici per l'accertamento rapido delle malattie infettive e con lo sviluppo e produzione di mirati presidi immunizzanti.

Il progetto officina costituisce il punto di riferimento da cui partire per la promozione di un contesto favorevole allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione e per favorire la realizzazione di un effettivo collegamento tra il sistema imprenditoriale e il sistema della ricerca scientifica

AZIONI DI VALORE	IMPATTO	STAKEHOLDER
Valorizzare l'attività di produzione diretta svolta dall'IZS e di tutta la filiera industriale collegata.	Sanitario Economico	SSN - Imprese

5. Sviluppare processi diagnostici finalizzati alla sostenibilità ambientale

L'O.M.S.-1996 definisce la “Sanità Pubblica” come segue: “Insieme degli sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, realizzare la prevenzione delle malattie, assicurare la promozione della salute e favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile”.

Il rapporto con l'ambiente è uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione umana ed animale.

Questa generale richiesta di maggiore sicurezza rappresenta una delle sfide principali che, nel prossimo futuro, il sistema produttivo agricolo e zootecnico è chiamato ad affrontare. Le filiere agroalimentari sono ormai consapevoli del fatto che la sostenibilità economica e sociale delle produzioni dovrà passare, inevitabilmente, per una riqualificazione delle tecniche agricole e di allevamento.

La complessità dei fabbisogni sanitari emergenti orienta costantemente la risposta sanitaria della medicina veterinaria verso il controllo e salvaguardia della biodiversità, insidiata dalla diffusione dell'inquinamento, dalla compromissione degli habitat naturali. Numerose specie vegetali e animali sono in serio pericolo, con ricadute negative irreversibili sulla conservazione del grande patrimonio naturale.

Tutti i temi di “Sanità Pubblica” inerenti la promozione e prevenzione della salute includono la tutela dell'ambiente e degli animali i cui equilibri sono fortemente condizionati dai comportamenti e dagli stili di vita individuali e collettivi.

In tale contesto, la traiettoria qui definita prevede inizialmente il riassetto di alcune attività già in funzione nel nostro istituto, come il “pattern” di prove diagnostiche di laboratorio finalizzate alla individuazione di malattie infettive, parassitarie, o di inquinanti ambientali, indici proxy di cattiva gestione degli insediamenti zootecnici, (es non corretta gestione dei reflui, eccessivo carico di bestiame, eccesso di pascolamento, desertificazione etc.).

La valorizzazione dei tanti campioni prelevati in occasione di piani di risanamento e/o eradicazione, sorveglianza, monitoraggio, consente la possibilità di mappare precisamente il territorio regionale anche nei confronti di questi “indicatori” di potenziale rischio ambientale. Se gestiti in modo adeguato, tali controlli possono rappresentare un valore aggiunto alle produzioni zootecniche in un'ottica di sostenibilità ambientale..

Attraverso gli indicatori di rischio ambientale sarà possibile fornire alle aziende zootecniche indicazioni utili al loro management come ad esempio il pascolo en plen air per i suini.

L'istituto intende porsi come consulente ad utenti istituzionali e non offrendo loro un contributo tecnico-scientifico di assoluto valore

Gli animali allevati e quelli selvatici, che vivono in zone e ambienti rurali o urbani possono dare importanti informazioni sanitarie per la tutela della salute pubblica in quanto possono sviluppare fenomeni di accumulo di prodotti chimici anche attraverso il fenomeno della bio- magnificazione lungo la catena alimentare.

Il settore zootecnico, agro-alimentare, compreso quello della pesca costituisce un sistema complesso dalle forti connotazioni economiche, sociali, territoriali e ambientali, in grado di contribuire al raggiungimento degli obiettivi della strategia europea sull'European Green Deal. Ad esso, infatti, si devono fondamentali funzioni produttive per il sistema economico nazionale e della UE, di tutela e protezione del territorio, di salvaguardia e tutela del patrimonio naturale e della biodiversità ed è la base di supporto alla coesione sociale ed economica di interi territori.

All'interno di questo quadro programmatico ritroviamo:

-la strategia Farm to Fork ("Dal produttore al consumatore") per un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell'ambiente;

-la EU Biodiversity Strategy for 2030. Bringing nature back into our lives ("Strategia europea sulla biodiversità per il 2030");

-il documento di lavoro Analysis of links between CAP Reform and Green Deal (SWD(2020) 93 final);

In maniera diversa, ma con un comune filo conduttore, i tre documenti affermano la centralità della transizione "sostenibile" del settore zootecnico ed agro-alimentare, proprio per questi motivi l'IZS della Sardegna intende rafforzare il suo ruolo strategico attraverso l'implementazione di nuove tecniche analitiche e attraverso canali specifici della ricerca orientati anche sui temi ambientali. Le azioni dell'Ente saranno dirette a dare risposte concrete su tematiche che non riguardano solamente la salute animale e la sicurezza alimentare ma anche sull'impatto dell'impronta ambientale e climatica del sistema alimentare, le emissioni di gas serra dovute agli allevamenti, l'eccessivo utilizzo di antimicrobici e di pesticidi. Non va dimenticato che le produzioni di origine animale, l'agricoltura biologica, la produzione integrata a basso impiego di prodotti fitosanitari, un uso corretto degli antibiotici, fanno del nostro Paese uno dei più attenti e disponibili a recepire lo spirito della strategia Farm to Fork.

Un esempio orientato in tal senso sarà il ruolo dell'IZS della Sardegna nei confronti del farmaco veterinario che è da tempo oggetto di particolare attenzione essenzialmente per la possibile presenza di residui nelle derrate alimentari ma anche come elemento di potenziale rischio in caso di abuso (ATB resistenza). Ferme restando le attività analitiche legate ai piani nazionali e regionali già esistenti, con i quali si assicura un monitoraggio costante e la verifica del grado di esposizione del consumatore ai residui, è necessario implementare programmi di sorveglianza costante dell'utilizzo del farmaco e di valutazione della ricaduta sulla salute delle popolazioni. Ciò in particolare per quanto attiene il fenomeno della resistenza. In questo senso è necessario integrare i dati provenienti dalla ricetta veterinaria elettronica e dalla farmacovigilanza/sorveglianza con i dati che originano dai laboratorio diagnostici veterinari ed umani, e definire programmi di sorveglianza ad hoc.

A sostegno di questo nel futuro Piano strategico nazionale della Politica Agricola Comune vengono proposti i cosiddetti regimi ecologici (ECOSCHEMI). Il primo di questi, organizzato su due livelli, riguarda la riduzione degli antibiotici utilizzati nell'allevamento (Livello 1) e il benessere animale (Livello 2).

D'altra parte anche i consumatori in Italia prestano un'attenzione sempre maggiore alle questioni

ambientali, sanitarie, sociali ed etiche, potenziate anche dall'effetto della attuale pandemia e ricercano valore negli alimenti, così come viene evidenziato nella strategia. Il sistema agroalimentare della Sardegna è caratterizzato da prodotti di eccellenza con un forte legame col territorio. Così come riportato nella strategia, anche se le società diventano più urbanizzate, le persone vogliono sentirsi più "vicine" agli alimenti che consumano.

AZIONI DI VALORE	IMPATTO	STAKEHOLDER
Sviluppare processi diagnostici finalizzati alla sostenibilità ambientale.	Sanitario Economico Ambientale	SSN – Imprese Cittadini

6. Ottimizzare organizzazione e governance.

L'evoluzione del contesto e dell'orizzonte operativi dell'Istituto, impongono come visto un ripensamento del paradigma organizzativo, necessario per garantire la fisiologica evoluzione e crescita dell'Ente.

In un tale quadro assumono sempre più rilevanza l'esercizio di funzioni di governance, sia centralizzata sia diffusa, che consentano di affrontare le varie forme di complessità assicurando al contempo la sostenibilità dei processi di creazione del valore sanitario e socioeconomico, sia in termini di risorse disponibili e consumate, sia di approcci gestionali ed operativi.

Il modello di governance si baserà sui principi del lavoro di squadra e della multidisciplinarietà, puntando ad un rafforzamento della collaborazione e condivisione degli obiettivi e delle azioni tra la componente amministrativa, nel suo fondamentale ruolo di impulso e supporto, e la componente tecnico-sanitaria, titolare delle funzioni di ricerca e di erogazione e produzione dei beni e servizi sanitari.

Un modello basato sul pieno riconoscimento e valorizzazione delle professionalità e dei ruoli gestionali (della dirigenza e del comparto). Ruoli gestionali svolti e interpretati in autonomia all'interno delle funzioni individuate (proprie e delegate) e delle risorse assegnate ai vari livelli (Centri di Responsabilità).

Per fare questo sarà molto importante rafforzare l'infrastruttura di staff (persone, strumenti, metodi) e lo sviluppo di funzioni di supporto decisionale e gestionale diffuse (programmazione e controllo, ced e sistema informativo interno) che favoriscano e consentano, anche con il necessario adeguamento del governo del ciclo delle performance, l'adozione sistematica di metodi e strumenti manageriali nella definizione delle opzioni di scelta gestionale.

Rispetto alla nostra più importante risorsa, ad esempio, le politiche di valorizzazione del capitale umano dovranno coniugare ed integrare, funzionalmente alla nuova organizzazione, l'analisi e la programmazione dei fabbisogni con la mappatura delle professionalità esistenti, le politiche di reclutamento con i percorsi di carriera, la spinta verso la produttività con la promozione e la cura del benessere organizzativo.

In tema di tecnologia sanitaria, si adotteranno metodologie di acquisizione e utilizzo ispirate ai principi dell'Health Technology Assessment (HTA).

Le politiche di gestione economico-finanziaria dovranno consentire la sostenibilità a lungo termine delle attività (garantendo anche la finanziabilità degli investimenti programmati). La reingegnerizzazione dei processi sarà accompagnata dall'adozione di metodi e concetti di qualità e certificabilità anche nei processi amministrativi. Sarà promossa una forte spinta di transizione verso la dematerializzazione e l'informatizzazione.

La Direzione dell'Istituto per il prossimo triennio rivolgerà la propria attenzione anche all'applicazione di un Sistema Qualità quale esigenza culturale e tecnica di una moderna azienda che offre prodotti e servizi e trova particolare ragione d'essere nella ricerca dell'ottimizzazione dei processi organizzativi gestionali e nella soddisfazione delle esigenze degli utenti.

La misurazione della qualità dei servizi rappresenta, per l'Istituto, una funzione fondamentale e strategica utile a verificare il livello di efficienza ed efficacia del servizio percepito dagli utenti.

Un altro ambito cui verrà dato maggior impulso è il Centro di Sorveglianza Epidemiologica, che rappresenta un nodo cruciale nella rete di epidemio- sorveglianza, attraverso il raccordo funzionale con la regione per la gestione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale, in una ottica di One Health.

Verranno inoltre supportati e implementati i processi complessivi di sorveglianza epidemiologica che poggiano le proprie basi sulla elaborazione e valutazione dei dati sanitari sempre più numerosi e complessi (Big Data) orientati sulla valutazione del rischio, che impongono una valorizzazione di quanto già prodotto (mappe di rischio, datawarehouse, modelli epidemiologici complessi), ma con una sempre più netta integrazione con il territorio (ASL, Stakeholders, Sistemi Informativi Nazionali, Internazionali).

AZIONI DI VALORE	IMPATTO	STAKEHOLDER
Ottimizzare organizzazione e governance.	Sanitario Economico	Personale interno Utenti pubblici e privati

Accessibilità fisica e digitale

Accessibilità fisica

L'Istituto in adeguamento alla normativa di riferimento per l'eliminazione delle barriere architettoniche ha realizzato diversi interventi atti a migliorare la fruibilità del pubblico e del personale in servizio, di tutti gli edifici e gli spazi esterni del proprio patrimonio.

In particolare in caso di esecuzione di interventi per la costruzione di nuove strutture o in occasione di lavori di ristrutturazione dell'esistente, sono stati predisposti progetti per garantire un livello di accessibilità degli spazi interni tale da consentire la fruizione degli edifici. I principali lavori sono stati:

Realizzazione del 3° lotto funzionale della sede di Via Vienna a Sassari, che ha riguardato la realizzazione di due nuove strutture aperte al pubblico, interamente accessibili, nonché la sistemazione degli spazi esterni di pertinenza, con la realizzazione di idonei percorsi di accesso fruibili da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria;

Realizzazione delle opere di sopraelevazione della sede della S.C. di Cagliari, per la creazione di nuovi uffici e di una sala conferenze accessibile al pubblico, che ha previsto l'installazione di un impianto elevatore per il superamento delle barriere architettoniche,

Realizzazione delle opere di sopraelevazione della sede della S.C. di Oristano, per la realizzazione di nuovi uffici e di una sala conferenze, accessibili al pubblico e l'installazione di un impianto elevatore per il superamento delle barriere architettoniche;

Lavori di ristrutturazione dei locali dell'ex Virologia e dell'ex Laboratorio di Diagnostica Clinica della sede Centrale di Via Duca degli Abruzzi Sassari, per la realizzazione di nuovi uffici e laboratori, accessibili alle persone con ridotta capacità motoria, dotati di rampe di accesso e servizi per disabili;

Lavori di realizzazione di un impianto elevatore per il superamento delle barriere architettoniche, manutenzione piano terra ed infissi della facciata della sede di Sassari in Via Duca degli Abruzzi n.8;

Lavori di adeguamento delle barriere architettoniche per la realizzazione di un montascale presso la sede di Via Duca degli Abruzzi n.8 a Sassari;

Lavori di ristrutturazione del piano terra della sede centrale di Sassari dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna, per la realizzazione di nuovi uffici e l'adeguamento dei servizi igienico alla normativa per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Normativa di riferimento vigente in materia di accessibilità fisica:

- Legge 13/1989 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", la quale comprende anche gli edifici residenziali pubblici, di nuova costruzione o da ristrutturare;
- D.M. n. 236/1989, Regolamento di attuazione della L. n. 13/1989 "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche";
- DPR n. 503/1996 "Norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici", il quale stabilisce che tutti gli spazi pubblici debbano garantire la fruizione a chiunque abbia capacità motoria limitata, che si traduce non solo nell'abbattimento delle barriere architettoniche, ma anche nell'installazione di tutti gli ausili necessari agli edifici pubblici per poterli definire accessibili;
- Legge n. 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" che stabilisce che i datori di lavoro pubblici e privati che hanno più di cinquanta lavoratori occupati sono tenuti ad avere alle loro

dipendenze il 7% di lavoratori appartenente alle categorie protette.

- D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia” in particolare la Sezione II del Capo III “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, pubblici e privati aperti al pubblico”

Accessibilità digitale

L’accessibilità digitale è intesa come la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

La Legge n. 4/2004, legge di riferimento per l’accessibilità, ha attribuito all’Agenzia per l’Italia Digitale (AGID) numerosi compiti tra i quali:

- vigilare sull’attuazione della stessa Legge;
- fornire assistenza alla Pubblica Amministrazione per l’applicazione della normativa vigente;
- emanare regole tecniche, circolari e linee guida in materia di accessibilità degli strumenti informatici;
- monitorare i siti web e le applicazioni mobili della Pubblica Amministrazione (PA);
- relazionare periodicamente la Commissione europea sugli esiti del monitoraggio;
- divulgare i temi dell’accessibilità nella Pubblica Amministrazione.

Secondo le Linee Guida AGID, le Pubbliche Amministrazioni hanno inoltre l’obbligo di redigere ogni anno gli Obiettivi di accessibilità e la Dichiarazione di accessibilità, due documenti in cui si pubblicano diverse informazioni sulle iniziative che la PA adotta per migliorare l’accessibilità dei suoi servizi, e sul livello di conformità di ciascun sito e applicazione mobile che la PA gestisce agli standard sull’Accessibilità previsti dalla normativa.

L’Istituto si impegna a garantire l’accessibilità digitale nel rispetto della suddetta normativa attraverso l’analisi dei settori su cui è necessario intervenire, il coordinamento delle azioni gestionali e amministrative per rispettare gli obblighi normativi, la pubblicazione annuale degli Obiettivi di Accessibilità, il continuo miglioramento del sito web istituzionale, in modo che possa essere il più possibile utilizzabile anche da parte di utenti con disabilità, che necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

L’Istituto, nel rispetto del Piano Triennale AGID e di quanto previsto dall’Agenda Digitale, nel suo percorso di digitalizzazione dei processi segue i sottoelencati principi guida:

digital first; digital identity only; cloud first; servizi inclusivi e accessibili; interoperabile by design; sicurezza e privacy by design; once only; codice aperto.

Nel corso dei primi mesi del 2020 è divenuto ufficialmente operativo il rinnovato sito web

dell'Istituto.

L'operazione ha comportato l'aggiornamento nella grafica, nei contenuti e nel sistema di gestione ed ha perseguito l'obiettivo di valorizzare l'offerta di servizi all'utenza.

Il sito è stato progettato per essere responsive, quindi completamente consultabile da qualsiasi dispositivo informatico (computer fisso, portatile o smartphone), seguendo le linee guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) per i siti delle Pubbliche Amministrazioni. In conformità alle disposizioni normative vigenti anche per gli aspetti riguardanti l'accessibilità alle informazioni. Il sito web rappresenta quindi anche uno strumento mediante il quale l'Istituto intende, tra l'altro, dare attuazione ai principi di "piena accessibilità", contemplati nell'art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80 a favore delle fasce di popolazione più fragili. Oggetto di esplicito rinnovamento è stata anche la sezione relativa ad "Amministrazione Trasparente", nell'intento di rendere più facilmente rintracciabili tutte le informazioni presentate e migliorare la funzione di ricerca dei contenuti.

Sono stati introdotti elementi ulteriormente migliorativi, ovvero il contenuto del sito è stato separato dal layout attraverso l'uso dei fogli di stile (css) completamente accessibili. Essi migliorano la leggibilità del testo, in quanto possono costituire punti di riferimento strutturali per tutti gli utenti che usano screen reader o si basano su valutazioni visive dei titoli di sezione per spostarsi durante la lettura. Le immagini e gli elementi non testuali sono stati dotati di tag alternativi per i non vedenti o per chi ha handicap visivi. Si è infine posta particolare attenzione a tutti i file in allegato, verificando l'accessibilità dei documenti pdf e di tutti i documenti digitali.

Nel corso del triennio 2022-24 si provvederà ad adeguare le eventuali parti del sito Web non ancora conformi e, considerando la spinta attuale verso l'ulteriore digitalizzazione dei servizi già in fase di progettazione, si dovrà tendere ad una migliore fruibilità degli stessi da parte di cittadini, in particolare anziani e portatori di handicap, nello specifico i servizi di consultazione dei rapporti di prova (CORAN) e di domanda di convenzionamento da parte dell'utenza, attualmente accessibili dal sito istituzionale, verranno riprogettati e quindi riscritti.

Normativa di riferimento in materia di accessibilità digitale:

- Legge n. 4/2004 - Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici ("Legge Stanca")
- D.Lgs. n. 82/2005 - Codice dell'Amministrazione digitale
- Decreto ministeriale 30 aprile 2008 - Regole tecniche disciplinanti l'accessibilità agli strumenti didattici e formativi a favore degli alunni disabili
- Direttiva (Ue) 2016/2102 del Parlamento Europeo e Del Consiglio del 26 ottobre 2016, relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- D.Lgs n. 106/2018 - Attuazione della direttiva (UE) 2016/2102, relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- Decisione di esecuzione (UE) 2018/1523 della Commissione dell'11 ottobre 2018, che istituisce un modello di dichiarazione di accessibilità conformemente alla direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici

- Decisione di esecuzione (UE) 2018/1524 della Commissione dell'11 ottobre 2018, che stabilisce una metodologia di monitoraggio e definisce le disposizioni riguardanti la presentazione delle relazioni degli Stati membri conformemente alla direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- Direttiva (UE) 2019/882 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019, sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi (“European accessibility Act”)
- Linee guida AGID del 13.02.2020 sull’accessibilità degli strumenti informatici
- European Telecommunications Standards Institute (ETSI) - EN 301 549
- World Wide Web Consortium (W3C) - Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1.

Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare

In un’ottica di semplificazione e digitalizzazione, nel quadro della riorganizzazione in corso, l’Istituto ha avviato un ampio processo di riflessione critica sui principali processi tecnico-amministrativi. Sono stati predisposti specifici obiettivi strategici e operativi. In particolare, di seguito si indicano i principali interventi:

- Processo di definizione dei documenti di programmazione economico finanziaria
- Processo di definizione del fabbisogno di personale
- Gestione in chiave di maggiore flessibilità di alcuni processi di lavoro verso una maggiore conciliazione con le esigenze familiari e personali (lavoro agile)
- Revisione del tariffario dell’Istituto
- Revisione della carta dei servizi
- Predisposizione del piano di comunicazione istituzionale
- Predisposizione del piano strategico di sviluppo degli strumenti di ICT
- Revisione del ciclo passivo
- Ciclo di autorizzazione e gestione delle pubblicazioni scientifiche
- Gestione delle scorte e degli approvvigionamenti con attivazione degli armadietti di reparto
- Gestione integrata della fatturazione attiva
- Reingegnerizzazione dei flussi di alimentazione della Contabilità Analitica Aziendale
- Implementazione del sistema aziendale di accountability con l’attivazione di un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti esterni ed interni.
- Digitalizzazione della gestione documentale tramite utilizzo della procedura di gestione del protocollo
- Dematerializzazione del processo di gestione della performance strategica ed organizzativa (finalità: digitalizzazione).

- Sviluppo della piattaforma dedicata alla gestione dei concorsi
- Semplificazione dei procedimenti di approvazione delle convenzioni per prestazioni a tariffario
- Ottimizzazione delle procedure di gestione del personale mediante l'implementazione del fascicolo informatico del dipendente.
- Adozione di sistemi di gestione informatizzata condivisa con l'utenza istituzionale per l'accessibilità ai servizi di accettazione.

2.2 Sottosezione di programmazione – *Performance*

Dando seguito al percorso di riorganizzazione intrapreso, sulla base dei contenuti espressi all'interno delle traiettorie strategiche, la Direzione e il Comitato strategico hanno concordato le successive tappe, prevedendo i rispettivi ruoli ed ambiti di azione nella definizione del piano strategico:

- la Direzione ha messo a fuoco e diffuso le Aree e gli Obiettivi Strategici per il 2022- 2024;
- ciascun componente del Comitato strategico ha potuto fornire il proprio contributo sviluppando gli obiettivi strategici e declinandoli in obiettivi operativi, secondo format e strumenti condivisi, per dare spunto all'avvio del ciclo delle performance per l'anno 2022.

Il Piano Performance dell'IZS Sardegna 2022-2024 è un aggiornamento del documento proposto con determina del Direttore Generale dell'IZS n. 56 del 29/01/2021 e approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 2.2 del 12.04.2021.

Tale documento è stato elaborato come naturale e coerente specificazione del Piano Strategico per gli anni 2022-2024, presentato e condiviso con il CdA (Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 1.1 del 2/02/2022) e successivamente approvato con determina del Direttore Generale n. 116 del 17/02/2022.

Coerentemente con la programmazione di interesse elaborata in ambito comunitario, nazionale e regionale (per quest'ultimo si ricorda in particolare l'adozione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 di cui alla d.G.R. n. 50/46 del 28-12-2021) e con le linee di indirizzo del Consiglio di Amministrazione di cui alla deliberazione n. 9.8 del 13.12.2019, esso delinea e traccia il percorso dell'azione di sviluppo e governo dell'Ente per il prossimo triennio,

Nel sistema di governance dell'IZS della Sardegna il Piano e il ciclo della performance sono, e sempre più devono diventare, strumenti per:

- a) supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento percepibile dai destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- c) comunicare anche all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi.

I punti di attenzione del Piano delle performance del 2022-2024 riguardano:

- l'allineamento del ciclo della performance con quello della programmazione strategica, con il ciclo di programmazione economico-finanziaria e con gli obiettivi di trasparenza e prevenzione della corruzione, in un'ottica di armonizzazione organica funzionale alla predisposizione del PIAO di Istituto;
- l'attenzione al livello "alto" della pianificazione e alla centralità della performance organizzativa;
- il focus sul grado di copertura del Piano.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (nel nostro caso, come specificato nelle premesse, il ciclo ha preso avvio con la definizione del Piano Strategico 2022-2024,

di cui il Piano rappresenta la naturale trasposizione e specificazione).

È un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi su cui si baserà l'assegnazione degli obiettivi alle strutture e poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1, del decreto, il Piano è redatto con lo scopo di assicurare "la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance".

Il Piano ha, quindi, lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della performance dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva degli stessi. Questo consente la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi. L'articolo 5, comma 2, del decreto richiede, infatti che gli obiettivi siano:

- a) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- b) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Il Piano consente la verifica dell'effettivo rispetto di tali requisiti metodologici dal momento che, oltre a definire gli obiettivi, esplicita il metodo ed il processo attraverso i quali si è arrivati ad individuarli.

La seconda finalità del Piano è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della comunità di riferimento.

La terza finalità del Piano è quella di assicurare l'attendibilità della rappresentazione della performance. La rappresentazione della performance è attendibile solo se è verificabile ex post la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target).

Oltre a questi aspetti, il Piano è uno strumento che può facilitare l'ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l'amministrazione. Esso può consentire di:

- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza;

- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative.

Il Piano è dunque uno strumento di fondamentale importanza per la corretta attuazione del Ciclo di gestione della performance.

La performance organizzativa

La performance organizzativa è l'elemento centrale del Piano. Essa è l'insieme dei risultati attesi che:

- considera il funzionamento, le politiche di settore, i progetti strategici e di miglioramento organizzativo;
- è misurabile in modo chiaro;
- tiene conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;
- ha come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

La definizione di performance organizzativa è, quindi, multidimensionale in quanto deve considerare: l'attuazione di strategie e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

Considerazioni sui dati gestionali e contabili dell'esercizio 2020 (ultimo bilancio consuntivo approvato con determina del direttore generale n. 651 del 30/09/2021).

L'esercizio si chiude con un utile di € 335.798,93 e nello stato patrimoniale vengono registrati gli utili portati a nuovo dal 2019 per € 252.016,95.

La destinazione del risultato d'esercizio degli enti del SSN" è regolamentata dall'art. 30 del D.Lgs. 118/2011, che dispone "L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva". Di tale riserva, l'Istituto ha proposto un utilizzo ai fini del finanziamento degli investimenti

I ricavi dell'esercizio registrano una diminuzione del 4,74% rispetto al 2019 e i costi del 7,04%.

La leggera riduzione del valore della produzione è correlata all'azione combinata di diversi fattori, tra i quali si individuano i seguenti:

- Riduzione dei contributi vincolati da Regione Sardegna per rendicontazione contributo RAS e OEVR inferiore all'assegnazione iniziale
- Riduzione contributi da Ministero per ricerca corrente
- Riduzione contributi da altri Enti per ricerca
- Riduzione ricavi commerciali

- Finanziamento attività COVID
- Aumento rimborso vaccino BT, per maggiori acquisti rispetto al 2019, per conto della Regione Sardegna.
- Aumento dell'utilizzo fondi vincolati esercizi precedenti

Novità gestionali 2020

COVID 19

L'esercizio 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza sanitaria COVID 19, che ha impattato fortemente sulla gestione dell'Ente sia sotto il profilo dell'attività diagnostica sia per l'introduzione della nuova modalità lavorativa in smart working

Il Ministero della Salute ha formalmente chiesto in data 23/03/2020 la disponibilità degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali per il supporto diagnostico nel quadro dell'emergenza sanitaria COVID-19, tuttora in corso. In proposito, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna si è prontamente impegnato a fornire, a seguito delle intese con il Ministero della Salute e con la Regione Autonoma della Sardegna, la massima collaborazione alle autorità e agli operatori sanitari della Sardegna. È stata pertanto rapidamente attivato uno specifico laboratorio dedicato alla diagnostica COVID-19 su tamponi rino-faringei, secondo i protocolli di lavoro e di sicurezza necessari e le direttive e indicazioni impartite in particolare dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna, che ha autorizzato tali attività dell'Istituto in data 26 marzo 2020 prot. 7557.

Successivamente con nota 7727/2020 sono stati emanati gli indirizzi concordati nell'Unità di Crisi Regionale (UCR) del 28.3.2020 in ordine alla operatività dei laboratori regionali deputati a fare diagnosi per Covid.

L'Istituto ha rendicontato le spese sostenute nell'ambito delle attività per l'emergenza sanitaria da Covid con nota prot. 7561 del 22.12.2020 per un totale di € 789.492,01, integrate con i dati del personale impegnato con prot. 476 del 28.01.2021.

L'attribuzione definitiva del finanziamento di € 945.000,00 per le attività COVID è stata formalizzata con delibera della Giunta Regionale nr. 36/46 del 31 agosto 2021. La formalizzazione da parte della RAS con nota prot. 4225 del 16 settembre 2019 ha finalmente consentito le operazioni di iscrizione nei ricavi e le operazioni di chiusura, condizionate fino a quel momento da questa variabile, fondamentale per le risultanze finali del bilancio.

Piramide della Ricerca

Tra le più significative novità gestionali 2020 è da annoverarsi a regime, a seguito dell'attuazione delle procedure di assunzione disposte ai sensi della L. Legge nr. 205 del 27 dicembre 2017, art. 1 comma 425 a fine 2019, nella cosiddetta "Piramide della ricerca", finanziata per la prima annualità nel 2019 con l'importo 1.135.461,45.

L'assunzione dei ricercatori è stata disposta con determina del Direttore Generale nr.1007 del 13.12.2019, in attuazione della quale sono stati stipulati n. 20 contratti di lavoro individuali con decorrenza 30.12.2019, distinti secondo il profilo di "ricercatore sanitario" Cat. D super, e di "collaboratore professionale di ricerca sanitaria" Cat. D.

Nel 2020 i contratti di lavoro individuali stipulati salgono complessivamente a nr. 27, relativi a nr. 21 collaboratori professionali di ricerca sanitaria e nr. 6 ricercatori sanitari.

L'Ente in seguito alle perdite 2015/2016 ha adottato tutti gli accorgimenti volti a consentire la realizzazione dell'equilibrio di bilancio, impostando un monitoraggio costante della gestione con una procedura di valorizzazione dei costi e ricavi prima della loro manifestazione economica, tenuto conto delle determinazioni di autorizzazione alla spesa adottate dal Direttore Generale

Indicatori di bilancio

Il Decreto Legislativo 118/2011 individua alcuni indicatori di bilancio riferiti alle Aziende sanitarie, ospedaliere, IRCSS. Tra gli indicatori proposti si è ritenuto di utilizzare quelli previsti per gli IRCSS, in quanto più aderenti alla tipologia delle attività svolte dall'Ente e già considerati da altri Istituti Zooprofilattici, in particolare dall'IZS Lombardia ed Emilia, nell'ottica di un confronto con valori omogenei:

costo del personale dipendente	€ 13.973.353,12	47,01%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
acquisti di beni sanitari	€ 3.036.735,18	10,22%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
acquisti di beni non sanitari	€ 205.078,24	0,69%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
acquisti di servizi sanitari	€ 1.340.432,54	4,51%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
servizi non sanitari	€ 2.359.479,24	7,94%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
consulenze, collab.ni etc. sanitarie e non	€ 669.774,78	2,25%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
godimento beni di terzi	€ 124.268,25	0,42%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	
oneri diversi di gestione	€ 901.090,63	3,03%
ricavi gestione caratteristica	€ 29.722.417,78	

Patrimonio immobiliare e superfici

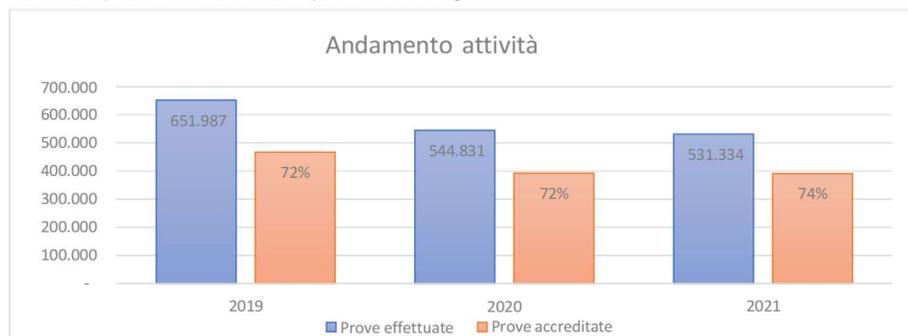
La superficie totale degli edifici di proprietà e in locazione dell'Istituto è pari a 9,456.21 mq, a cui si aggiungono 358.83 mq in uso ma non di proprietà relativi alla sede distaccata di Tortoli e alla sede dell'Osservatorio Epidemiologico sito in Cagliari.

RIEPILOGO SUPERFICI NETTE	
Sede	mq
<u>Sede Centrale Sassari Via Duca Degli Abruzzi</u>	2,697.93
<u>Nuova Sede Sassari Via Vienna I lotto</u>	2,214.24
<u>Nuova Sede Sassari Via Vienna II lotto</u>	1,964.75
<u>Sede di Nuoro</u>	770.82
<u>Sede di Tortoli</u>	195.53
<u>Sede di Oristano</u>	749.67
<u>Sede di Cagliari Elmas</u>	1,058.80
<u>O.E.V.</u>	163.30
Totale Superfici	9,815.04

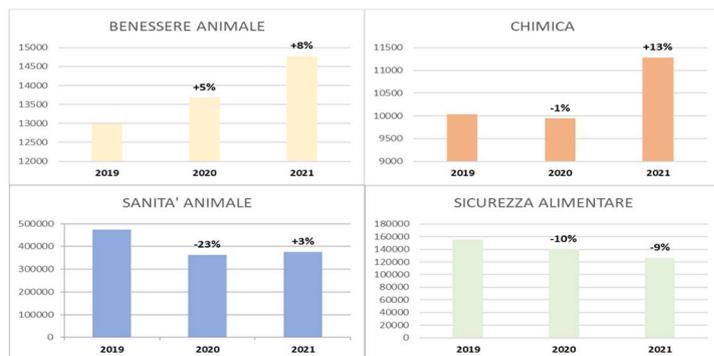
Attività svolta

	2019	2020	2021
Prove effettuate, di cui	651.987	544.831	531.334*
<i>prove accreditate</i>	466.757	392.701	391.098

Nota: gli esami della trichina considerano il numero dei campioni
 * Contiene 1.718 prestazioni del CeNRE non considerate per errore nel Piano Strategico

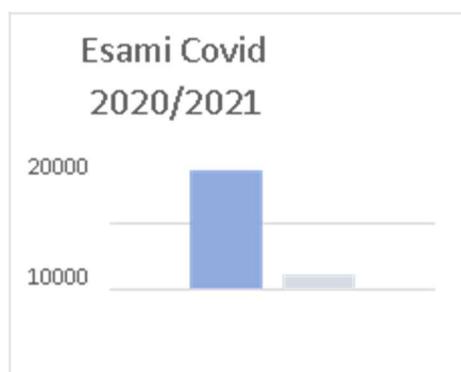


Aree di attività*	2019	2020	2021
BENESSERE ANIMALE	12.990	13.681	14.774
CHIMICA	10.037	9.942	11.277
SANITA' ANIMALE	473.193	363.016	376.795
SICUREZZA ALIMENTARE	155.767	140.120	126.336



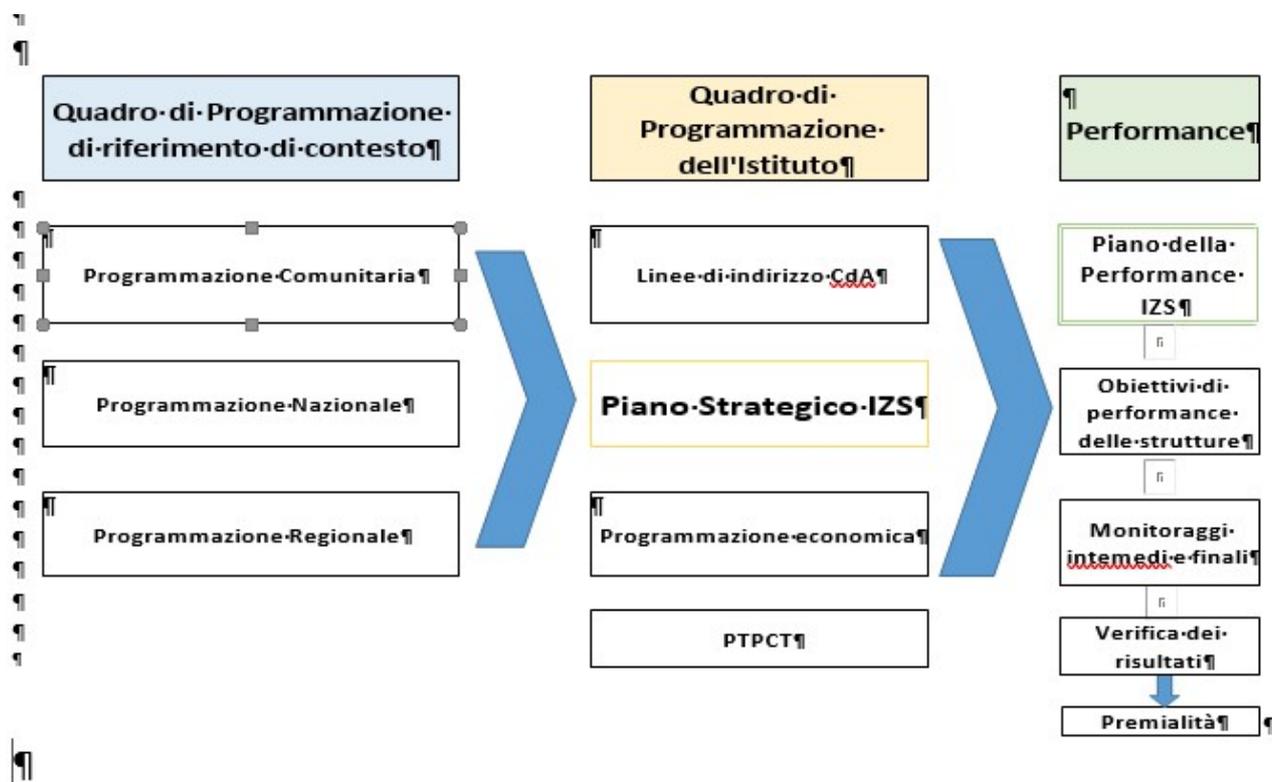
*Aree di attività: s'intendono tipologie omogenee di prestazioni ovunque erogate

L'analisi delle attività svolte nell'ultimo triennio mette in luce una riduzione che si è registrata in particolare nel corso del 2020. Le motivazioni sostanziali di tale fenomeno sono riconducibili in buona parte all'esplosione dell'epidemia di COVID19 ed al conseguente sistema di restrizioni di contrasto introdotte nel Paese, che hanno comportato la contemporanea contrazione delle richieste e l'introduzione di una serie di rigidità produttive (es l'adozione massiva della modalità di lavoro da remoto). Lo stesso IZS è stato coinvolto nella prima fase di sviluppo della pandemia nelle attività di contact tracing, con lo svolgimento di esami molecolari di ricerca della presenza del virus in ausilio ai laboratori di biologia molecolare delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere.



Un approfondimento dell'analisi consente di affermare, inoltre, che una sensibile riduzione delle prestazioni erogate nell'ambito della Sanità animale è riconducibile alla diversa pianificazione delle attività di sorveglianza di alcune patologie rispetto al 2019 in particolare in ambito suinicolo (es. malattia vescicolare, peste suina africana, aujeszky), che hanno comportato una riduzione di esami di laboratorio, privilegiando attività di controllo ufficiale basate sul rischio. Alcune altre attività hanno subito un aumento a causa di modifiche sulle modalità di controllo ufficiale (es. biotossine), e/o della localizzazione di attività in laboratori differenti rispetto magli anni precedenti (es. esami trichinoscopici).

Lo schema logico della performance – dalla programmazione strategica agli obiettivi specifici:



Lo schema della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami ed i passaggi tra la programmazione del settore di riferimento (che promana dai vari macro-livelli), e la programmazione dell'Ente, articolata in aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi (o specifici). In altri termini, tale mappa spiega come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale, alla missione ed alla visione della Direzione Generale. Essa fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione

La strategia è la riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'Istituto intende perseguirli. All'interno della logica dello schema della performance, le aree strategiche sono declinate in uno o più obiettivi strategici per i quali l'organizzazione è responsabile.

Per obiettivi strategici si intendono obiettivi di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder, declinati su base triennale, aggiornati annualmente sulla base delle priorità dell'Istituto.

La nuova Direzione, la cui composizione si è completata ad agosto 2021, ha proseguito nel percorso di riorganizzazione dell'Istituto, dando nuovo impulso ad un processo di riflessione organizzativa condiviso con il Comitato Strategico dell'Ente, che ha portato alla definizione del Piano Strategico per gli anni 2022-2024, presentato e condiviso con il CdA (Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 1.1 del 2/02/2022) e successivamente approvato con determina del Direttore

Generale n. 116 del 17/02/2022.

Tale documento, coerentemente con la programmazione di interesse elaborata in ambito comunitario, nazionale e regionale (per quest'ultimo si ricorda in particolare l'adozione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 di cui alla d.G.R. n. 50/46 del 28-12-2021) e con le linee di indirizzo del Consiglio di Amministrazione di cui alla deliberazione n. 9.8 del 13.12.2019 delinea e traccia il percorso dell'azione di sviluppo e governo dell'Ente per il prossimo triennio, secondo ben definite traiettorie:

1. One health: sviluppare nuovi approcci diagnostici, nuovi strumenti di governance in sanità pubblica che favoriscano la determinazione di azioni integrate per generare sinergie e complementarità. La componente di Sanità Pubblica Veterinaria non può che nascere da una visione, ormai internazionalmente condivisa e consolidata, di One Health, intesa come “l'approccio per sviluppare e mettere in atto programmi, politiche, normative e ricerche nei quali settori multipli comunicano e lavorano insieme per giungere a migliori risultati per la salute pubblica” (OMS). L'IZS della Sardegna nei prossimi tre anni svolgerà in tale ambito un ruolo fondamentale, incentrato su nuove strategie di integrazione tra le varie componenti al fine di sviluppare nuove reti di collaborazione la possibilità di orientare ed ottimizzare le attività dei laboratori e in particolare dei Centri di Referenza Nazionali di potenziare il ruolo della ricerca attraverso le figure dei Ricercatori, dei collaboratori e di tutto il personale che a vario titolo rientra nelle attività che possono dare origine a nuovi progetti, nuove integrazioni con gli altri Istituti, l'Università, tutti gli Enti pubblici e privati che si adoperano per essa

2. Potenziare e rilanciare i centri di referenza nazionale, porsi in modo “distintivo” nella rete degli IZS. I Centri di Referenza Nazionale (CdRN), localizzati presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. Le loro funzioni, in base all'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, sono finalizzate a confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori; attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; avviare idonei “ring test” tra gli II. ZZ. SS.; utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; predisporre piani d'intervento; collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi; fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche. I Centri di referenza nazionali sono veri e propri centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni Internazionali con le quali collaborano, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e l'Agenzia delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura. Tali Organizzazioni chiedono, ai Centri di Referenza di mettere a disposizione le tecnologie, i servizi, i progetti di ricerca i prodotti diagnostici e profilattici, la formazione per sostenere la crescita dei Paesi membri. L' Istituto è sede di tre Centri di Referenza Nazionale, inseriti, nell'attuale organizzazione, presso le SC sanità animale

- CeNRE e CRENMOC- e presso la struttura diagnostica territoriale di Nuoro (CRNPB). L'attuale direzione ritiene che esistano al momento grandi potenzialità di sviluppo per i Centri di Referenza in tutti i settori: ricerca, formazione, trasferimento tecnologico, cooperazione. Indispensabile sarà riposizionare e rafforzare il loro ruolo all'interno dell'istituto diventando poli di riferimento primario all'interno della strategia “One health” orientando le loro azioni verso politiche sanitarie sempre più trasversali a supporto della sanità e al benessere degli animali, della salute dell'uomo e della sostenibilità ambientale. L'Istituto sosterrà il rilancio dei centri mettendo in atto delle azioni

rappresentate da:

- Un nuovo assetto organizzativo, necessario a ridare ai centri la propria centralità ed identità;
- Un coordinamento unico, per garantire una corretta gestione delle risorse umane e strumentali ed i rapporti con gli stakeholder;
- Una maggiore disponibilità di risorse umane indispensabili ad implementare le attività di ricerca, formazione e comunicazione nei settori specifici.

A tal fine metterà a disposizione sia le strutture della ricerca (Albero della ricerca), sia il personale - ricercatori ed collaboratori - che possano supportare i Centri nella individuazione dei bandi, nella realizzazione e rendicontazione dei progetti, nella comunicazione e divulgazioni dei risultati.

3. Potenziare e sviluppare l'attività di ricerca. Attivare e consolidare la funzione di formazione attraverso la progettazione di una "academy" regionale o nazionale. Per "governance della ricerca" si intende l'insieme delle strategie che l'Istituto deve definire per gestire in modo compiuto il sistema della ricerca, che va alimentata con i dati, monitorata, valutata, valorizzata e divulgata. Deve essere in grado, inoltre, di rispondere ai quesiti reali che nascono nell'ambito del SSN, dalle esigenze dei territori, dal mondo delle imprese, soprattutto in un'ottica di adozione o di critica alle nuove tecnologie che vengono proposte, con la finalità di rispondere in termini di ricaduta pratica alle esigenze del mondo sanitario e produttivo. La formazione rappresenta una area strategica dell'Ente con grandi potenzialità di sviluppo che può portare nel prossimo triennio alla creazione di una agenzia regionale di formazione in SPV. Realizzare il progetto dell'agenzia, ovvero posizionare l'istituto come partner di riferimento regionale e nazionale in formazione specifica di settore, richiede avere una leadership riconosciuta, una adeguata organizzazione, risorse, capacità amministrativa. Considerato il fabbisogno manifestato dagli stakeholder si può dire che la leadership dell'Istituto nel settore è sufficientemente riconosciuta; si hanno infatti le competenze e conoscenze necessarie per attuarla ma bisogna lavorare nel tempo per rafforzare le stesse con una adeguata organizzazione. Prodromico alla creazione dell'agenzia è rafforzare i punti di debolezza del sistema, ovvero:

- potenziare la struttura formazione inserendo nuove figure professionali, amministrative e tecniche. Allo scopo ci si potrà avvalere dei collaboratori di ricerca che rappresenterebbero i collettori ideali tra servizio formazione e le esigenze dell'utenza. Tali figure, adeguatamente formate, potranno essere in grado di sviluppare percorsi formativi altamente rispondenti alle esigenze degli stakeholders, collaborare con tutti i settori interni ed esterni all'Istituto per sviluppare programmi di educazione sanitaria, comunicare efficacemente.
- rivisitare l'organizzazione del servizio, suddividendolo in specifici settori (formazione residenziale; FAD; educazione sanitaria, comunicazione) in modo da orientare l'offerta dei servizi.
- Investire in tecnologie per permettere di erogare formazione su vasta scala ed implementare gli strumenti gestionali;
- Attivare contratti per acquisire strutture e servizi a supporto della formazione.

4. Valorizzare l'attività di produzione diretta svolta dall'IZS e di tutta la filiera industriale collegata. La produzione dei vaccini stabulogeni (batterici) costituisce uno dei compiti istituzionali

dell'Ente, quale supporto alla zootecnia della Regione nella lotta ad alcune patologie presenti negli allevamenti. Oltre a rappresentare un indicatore epidemiologico indiretto (proxy) sulla reale diffusione di alcune patologie, favorisce una migliore collaborazione tra il mondo produttivo e l'Istituto, garantendo la salubrità delle produzioni e contribuendo significativamente al contenimento dell'uso di antibiotici negli allevamenti zootecnici. Questa realtà dimostra l'importanza di poter disporre di presidi immunizzanti (Minor use /Minor species), per poter contrastare l'insorgenza di nuove emergenze sanitarie come l'antibiotico-resistenza, prodotti per un mercato "non globale" che tengano conto del territorio e della sua zootecnia. Proprio su questi principi prende corpo e consistenza il Ruolo dell'officina farmaceutica dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale nell'ambito della Prevenzione, con lo sviluppo di Kit diagnostici per l'accertamento rapido delle malattie infettive e con lo sviluppo e produzione di mirati presidi immunizzanti.

5. Sviluppare processi diagnostici finalizzati alla sostenibilità ambientale. Il rapporto con l'ambiente è uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione umana ed animale. Questa generale richiesta di maggiore sicurezza rappresenta una delle sfide principali che, nel prossimo futuro, il sistema produttivo agricolo e zootecnico è chiamato ad affrontare. Le filiere agroalimentari sono ormai consapevoli del fatto che la sostenibilità economica e sociale delle produzioni dovrà passare, inevitabilmente, per una riqualificazione delle tecniche agricole e di allevamento. In tale contesto, la traiettoria qui definita prevede inizialmente il riassetto di alcune attività già in funzione nel nostro istituto, come il "pattern" di prove diagnostiche di laboratorio finalizzate alla individuazione di malattie infettive, parassitarie, o di inquinanti ambientali, indici proxy di cattiva gestione degli insediamenti zootecnici, (es non corretta gestione dei reflui, eccessivo carico di bestiame, eccesso di pascolamento, desertificazione etc.). La valorizzazione dei tanti campioni prelevati in occasione di piani di risanamento e/o eradicazione, sorveglianza, monitoraggio, consente la possibilità di mappare precisamente il territorio regionale anche nei confronti di questi "indicatori" di potenziale rischio ambientale. Se gestiti in modo adeguato, tali controlli possono rappresentare un valore aggiunto alle produzioni zootecniche in un'ottica di sostenibilità ambientale. Attraverso gli indicatori di rischio ambientale sarà possibile fornire alle aziende zootecniche indicazioni utili al loro management come, ad esempio, il pascolo en plen air per i suini. L'istituto intende porsi come consulente ad utenti istituzionali e non offrendo loro un contributo tecnico-scientifico di assoluto valore.

6. Ottimizzare organizzazione e governance. Il nuovo modello di governance e organizzazione dell'Istituto, attraverso l'utilizzo di adeguati approcci, metodi e strumenti di gestione ampiamente diffusi anche in ambito pubblico, dovrà favorire e promuovere il consolidamento di una cultura professionale e manageriale orientata al cambiamento e basata sulla collaborazione sinergica tra le diverse componenti (amministrative, di supporto e sanitarie), che garantisca l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse (economiche, professionali, materiali e immateriali), in un quadro di sostenibilità del cambiamento e coerentemente alle strategie individuate dall'Istituto.

Conseguentemente sono state individuate sette aree strategiche di sviluppo dell'azione dell'Istituto con relativi obiettivi da realizzarsi nell'ambito del triennio di riferimento, in maniera coerente rispetto al percorso di riorganizzazione intrapreso. A seguire si è proceduto ad effettuare il necessario aggiornamento del Piano delle Performance secondo uno schema logico rappresentato dall'albero della performance.

Dando seguito al percorso di riorganizzazione intrapreso, sulla base dei contenuti espressi all'interno delle traiettorie strategiche, la Direzione e il Comitato strategico hanno concordato le successive tappe, prevedendo i rispettivi ruoli ed ambiti di azione nella definizione del piano strategico e della sua declinazione:

- la Direzione ha messo a fuoco e diffuso le Aree e gli Obiettivi Strategici per il 2022- 2024;
- ciascun componente del Comitato strategico ha potuto fornire il proprio contributo sviluppando gli obiettivi strategici e declinandoli in obiettivi operativi, secondo format e strumenti condivisi, per dare spunto all'avvio del ciclo delle performance per l'anno 2022.

In particolare, le Aree strategiche con i relativi obiettivi attraverso i quali sviluppare le azioni per il triennio 2022-2024 sono le seguenti:

AREE E OBIETTIVI STRATEGICI PER IL TRIENNIO

- **AREA STRATEGICA 1: Consolidamento/efficientamento dell'attività istituzionale**

Obiettivi strategici

AS1OS1 - Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder

AS1OS2 - Potenziamento delle attività analitiche

AS1OS3 - Sviluppo di nuove tipologie di analisi di laboratorio

AS1OS4 - Raccolta ed elaborazione dati (miglioramento dei flussi dati)

AS1OS5 - Maggior raccordo con le aziende sanitarie

AS1OS6 - Sviluppo di nuove strategie diagnostiche rivolte alla sorveglianza epidemiologica e al contrasto delle malattie epidemiche

AS1OS7 - Sviluppo di nuove politiche sanitarie orientate al concetto di "one health"

AS1OS8 - Piano di fattibilità per la progettazione e sviluppo della sede diagnostica di Olbia

- **AREA STRATEGICA 2: Ricerca e Innovazione**

Obiettivi strategici

AS2OS1 - Valorizzazione delle figure del ricercatore e del collaboratore all'interno della Piramide della Ricerca

AS2OS2 - Aumentare la competitività dell'Istituto sui bandi di ricerca nazionali, europei ed internazionali

AS2OS3 - Promuovere le pubblicazioni scientifiche

AS2OS4 - Promuovere le reti di collaborazione nazionali ed internazionali, le sinergie tra le

istituzioni pubbliche e private

AS2OS5 - Promuovere l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle

attività svolte.

AS2OS6 - Promuovere la cultura del dato/transizione digitale

- **AREA STRATEGICA 3: Supporto “diagnostico” ai soggetti privati e alle imprese del territorio regionale, nazionale...**

Obiettivi strategici

AS3OS1 - Riorganizzazione dei laboratori e del personale per renderli più orientati al cliente

AS3OS2 - Rispondere ai nuovi ambiti di competenza e di attività, intercettando le esigenze del territorio

AS3OS3 - Sviluppo di strategie orientate alle esigenze sanitarie del settore zootecnico e agroalimentare regionali (protocolli diagnostici, progetti sperimentali etc..)

AS3OS4 - Potenziamento tecnologico, strutturale e delle risorse umane dell'officina farmaceutica (produzione dei vaccini stabulogeni)

AS3OS5 - Sviluppo di nuovi approcci sanitari conseguenti all'applicazione dei nuovi regolamenti comunitari

AS3OS6 - Valorizzazione e sviluppo del tariffario dell'Ente

AS3OS7 - Sviluppo e realizzazione di strategie finalizzate alla specializzazione diagnostica delle sezioni territoriali

- **AREA STRATEGICA 4: Potenziamento e sviluppo dei Centri di Referenza Nazionali**

Obiettivi strategici

AS4OS1 - Riorganizzazione dei Centri orientata alla mission istituzionale

AS4OS2 - Ottimizzazione delle linee di sviluppo legate alle attività analitiche, alla ricerca.

AS4OS3 - Potenziamento delle reti di collaborazione regionali, nazionali ed internazionali

AS4OS4 - Definizione dei nuovi ambiti di sviluppo in coerenza con la nuova programmazione strategica europea

- **AREA STRATEGICA 5: Formazione e comunicazione**

Obiettivi strategici

AS5OS1 - Sviluppo dell'agenzia di formazione regionale per la sanità pubblica veterinaria

AS5OS2 - Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico professionali del personale interno ed esterno

AS5OS3 - Sviluppo del piano formativo aziendale

AS5OS4 - Sviluppo del piano di comunicazione dell'Istituto

- **AREA STRATEGICA 6: Ridurre l'impatto ambientale delle attività dell'Istituto**

Obiettivi strategici

AS6OS1 – Sviluppo e implementazione di forme di alimentazione con energie rinnovabili (con relativa ricerca e gestione delle fonti di finanziamento)

AS6OS2 – Rinnovo della flotta degli automezzi con un orientamento verso le nuove forme di alimentazione, anche in relazione a progetti di autoproduzione dell'energia elettrica da fonti rinnovabili (con relativa ricerca e gestione delle fonti di finanziamento)

AS6OS3 – Riduzione dell'utilizzo dei supporti cartacei verso una maggiore dematerializzazione dei processi operativi

- **AREA STRATEGICA 7: Potenziamento e sostenibilità dei sistemi e degli strumenti gestionali**

Obiettivi strategici

AS7OS1 - Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)

AS7OS2 - Sviluppo delle strategie e degli strumenti per la transizione digitale

AS7OS3 - Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali (es. attività commerciale, attività di ricerca, ecc.) favorendo una migliore integrazione funzionale tra le diverse componenti tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative

AS7OS4 - Potenziamento ed estensione dei principi e delle procedure di qualità ai processi tecnico-amministrativi (es. certificabilità dei dati e delle informazioni del bilancio di esercizio) anche in un'ottica di trasversalità funzionale (es. procedure di produzione e vendita di servizi a privato)

AS7OS5 – Promozione di maggiori livelli di trasparenza

AS7OS6 - Potenziamento e sviluppo del sistema di Qualità dell'Istituto

Le traiettorie strategiche e le rispettive aree sono state sviluppate secondo una mappa relazionale rappresentata nel seguente quadro sinottico:

	One Health	Centri di riferimento	Ricerca e formazione	Produzioni	Processi diagnostici	Governance
AS1 - Efficienzamento dell'attività istituzionale						
AS2 - Ricerca e innovazione						
AS3 - Supporto diagnostico a soggetti privati e imprese						
AS4 - Potenziamento dei Centri di riferimento						
AS5 - Formazione e comunicazione						
AS6 - Ridurre l'impatto ambientale dell'istituto						
AS7 - Potenziamento e sostenibilità dei sistemi gestionali						

Come già anticipato, sulla base del precedente percorso logico e metodologico e nell'ambito di un continuo confronto con la Dirigenza ed il personale dell'Istituto sono stati raccolti i contributi utili per l'articolazione di dettaglio degli obiettivi operativi per il triennio in considerazione, che hanno consentito di comporre il quadro degli obiettivi specifici, di seguito rappresentato:

Il Piano delle Performance è stato integrato e aggiornato con determina del Direttore Generale n. 498 del 09.06.2022 a seguito della deliberazione della Giunta Regionale n. 14/26 del 29.04.2022.

Le schede relative agli obiettivi specifici comprensive di codice, indicatore e valore atteso, sono riportate nell'**allegato n. 1** del PIAO.

2.3 Sottosezione di programmazione - *Rischi corruttivi e trasparenza*

2.3.1 Sezione prevenzione della corruzione del PTPCT

Ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” l’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna approva il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza (PTPC) 2022-2024 con la funzione di attuare efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell’illegalità all’interno dell’Istituto, al fine di valutare l’esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Il Piano rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e, considerata la fase di riorganizzazione intrapresa dall’Istituto, in attuazione di quanto previsto dal D. Lgs. n. 106/2012, ha valenza programmatica e carattere dinamico in quanto tutte le previsioni in esso contenute potranno essere oggetto di aggiornamento o revisione. Il Regolamento per l’ordinamento interno dei servizi è stato approvato dai competenti organi regionali con deliberazione n.23/3 in data 20 aprile 2016; la effettiva attuazione dell’atto di riordino dei servizi ha comportato l’affidamento degli incarichi dirigenziali nel rispetto dell’organigramma assunto col citato Regolamento, a decorrere dal 01 luglio 2017, con l’attribuzione del budget correlato agli obiettivi rispettivamente attribuiti alle unità operative. Si precisa ulteriormente che il sistema attuativo del Regolamento sui servizi è sostenuto dalla contestuale adozione del regolamento sulla graduazione degli incarichi e dal regolamento relativo all’affidamento degli stessi. Il Regolamento è stato, inoltre, parzialmente modificato nel 2018 e ha positivamente superato il vaglio della Regione Sardegna nel rispetto del procedimento di controllo di legittimità ai sensi dell’art. 14 del D. Lgs. 106/2012 (Delibera del CdA n. 5.6 del 29.10.2018).

Pertanto, il Piano non si configura come un’attività ultimata e definitiva, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati in riferimento ai risultati ottenuti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione e al contrasto del rischio della corruzione sempre più rispondente alle esigenze dell’ Istituto, anche in armonia con quanto previsto dall’Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con Delibera dell’ANAC n. 831 del 03.08.2016, e dalle recenti modifiche legislative in materia, nello specifico decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», nonché alla luce dell’Aggiornamento 2017 Piano Nazionale Anticorruzione – Parte Generale - approvato con Delibera Anac n. 1208 del 22 novembre 2017, dalla legge 30 novembre 2017 n. 179 ‘Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato’, dell’Aggiornamento 2018 Piano Nazionale Anticorruzione approvato con Delibera Anac n. 1074 del 21 novembre 2018 e, da ultimo, del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 di cui alla Delibera Anac 1064 del 13 novembre 2019 che si propone come compendio dei precedenti Piani e al fine di rivedere e consolidare in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni fornite fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo e oggetto di appositi atti regolatori.

Un cenno merita, in premessa, una breve considerazione sull’importante impatto che l’emergenza sanitaria Covid-19 ha avuto sulle attività programmate per il 2020-2021 e sui lavori preparatori del presente documento per il triennio 2022-2024. La pandemia ha rivoluzionato le modalità di lavoro dell’Amministrazione, che ha dovuto fare i conti con lo smart working emergenziale e con tutte le difficoltà e potenzialità ad esso connesse.

Come descritto nella Relazione Annuale del RPCT (Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza), l'Ente ha, inoltre, attraversato da agosto 2020 un periodo di "precarietà" a seguito delle dimissioni del Direttore Generale e del Direttore Sanitario, protrattosi fino a maggio 2021 con la nomina del Direttore Generale e ad agosto 2021 con la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario.

Le disposizioni del PTPCT sono inserite nella sezione del PIAO, come precisato dal RPCT con nota prot. n. 1639/2022, nel rispetto del Decreto Legge 9.06.2021, n. 80 (convertito il 6.08.2021).

ITER DI APPROVAZIONE

Il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Istituto viene sottoposto, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla Direzione Aziendale dell'Ente che predispone gli atti idonei al fine dell'adozione del documento. Il Piano è approvato dal Consiglio di Amministrazione e trasmesso all'OIV.

L'iter di approvazione è preceduto da consultazione pubblica, per la presentazione di osservazioni o proposte in occasione dell'aggiornamento del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza, con l'intento di favorire il più ampio coinvolgimento e la partecipazione attiva dei portatori di interesse (stakeholders).

L'ultima consultazione è avvenuta in data 24.03.2022 ed alla data del 10.04.2022, termine ultimo per la presentazione di contributi e suggerimenti, risulta pervenuto n. contributo da personale interno all'Ente.

SOGGETTI ISTITUZIONALI

L'attuazione della legge 190/2012 è demandata, in particolare, ai seguenti soggetti istituzionali:

- Comitato Interministeriale cui compete adottare le linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano nazionale anticorruzione;
- A.N.A.C. (ex CIVIT) Autorità Nazionale Anticorruzione e per la Valutazione e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche a cui, in qualità di Autorità Nazionale Anticorruzione, competono le funzioni di cui all'art. 1, commi 2 e 3, della L. 190/2012 ed in particolare approvare il Piano Nazionale Anticorruzione;
- Dipartimento della Funzione Pubblica, cui competono le attività elencate al comma 4.
- La Conferenza Unificata che è chiamata a individuare, attraverso apposite intese, gli adempimenti e i termini per l'attuazione della legge con riferimento alle Regioni , agli enti locali, e agli enti pubblici sottoposti al loro controllo.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno di ciascuna amministrazione sono:

- L'Autorità di indirizzo politico, cui compete nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione e approvare il Piano triennale della prevenzione della corruzione;
- Il Responsabile della Prevenzione della corruzione dell'Istituto cui compete, in particolare, proporre all'organo di indirizzo politico l'adozione del piano anticorruzione,

svolgere i compiti indicati nella circolare del DFP n°1/2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art.15 d. lgs. N°39/2013), definire le procedure per selezionare e formare il personale operante in settori esposti alla corruzione; elaborare la relazione annuale sull'attività svolta, assicurarne la pubblicazione e curare compiti e funzioni proprie del suo

ruolo come specificato nell'allegato 2 alla Delibera Anac n. 1074 del 21 novembre 2018 'Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)';

- Il supporto per la prevenzione che svolge attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione;
- Tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza che, in particolare, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono le misure di prevenzione, osservano le misure contenute nel piano;
- Gli OIV o NdV e gli altri organismi di controllo interno che partecipano al processo della gestione del rischio, svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;
- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), che provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e propone l'aggiornamento del codice di comportamento;
- Tutti i dipendenti dell'amministrazione che partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD.

FONTI NORMATIVE E LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il presente documento costituisce il piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna elaborato:

- in applicazione delle legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- nel rispetto dei relativi decreti attuativi:
 - a) Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, recante "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'art.1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
 - b) Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n.33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
 - c) Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39, recante "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";
 - d) Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", entrato in vigore in data 19 giugno 2013;
 - in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata e in particolare, della intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art.1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
 - in osservanza della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013, avente ad oggetto "legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e

dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;

- in osservanza delle circolari, delle linee guida, delle direttive e delle delibere del Dipartimento della Funzione Pubblica e della Autorità Nazionale Anticorruzione;
- nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11 settembre 2013 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- nel rispetto dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con Determinazione dell'ANAC n. 12 del 28.10.2015.
- in applicazione del D. Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016.
- nel rispetto dell'Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con Determinazione dell'ANAC n. 831 del 03.08.2016.
- nel rispetto dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione - Parte Generale - approvato con Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017.
- nel rispetto dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione - Parte Generale - approvato con Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018.

- nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 - approvato con Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019.
- nel rispetto del Comunicato ANAC del 2 dicembre 2020 che, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid -19, ha differito al 31 marzo 2021 il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021- 2023.
- nel rispetto del Comunicato Anac del 12 gennaio 2022 che ha stabilito il termine ultimo per la presentazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024 da parte delle pubbliche amministrazioni, inserito all'interno del Piao, al 30 aprile 2022.

FINALITÀ GENERALI E CONTENUTI DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La legge disciplina i contenuti dei Piani (art.1, comma 9, l. 190/2012) da adottare da parte delle pubbliche amministrazioni, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001;
- previsione, per le attività individuate come maggiormente a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- verifica, d'intesa col dirigente competente, della rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti a rischio di corruzione, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi

economici di qualunque genere;

- individuazione degli obblighi di trasparenza ai sensi del d. lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.
- attuazione delle disposizioni di cui al d. lgs 39/2013 e ss.mm.ii.

L'Istituto ha previsto, inoltre, un breve cenno all'analisi di contesto esterno, al fine di favorire l'individuazione di misure più appropriate ed efficaci in rapporto all'ambiente economico e sociale in cui si è chiamati ad operare, ed all'analisi del contesto interno.

DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Il concetto di corruzione rilevante ai fini del piano anticorruzione, così come definito dal Dipartimento della Funzione Pubblica con circolare n.1/2013, è un concetto ampio “comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che come noto è disciplinata negli art.318, 319 e 319 ter, c.p. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite”. Pertanto è necessaria una attenta e rigorosa applicazione delle procedure di verifica delle attività, stabilendo regole e condotte per l'attuazione di un modello organizzativo interno che permetta di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e, quindi, faciliti l'osservanza delle stesse e conseguentemente la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione come richiesto dalla legge n. 190/2012.

Il significato più esteso attribuito al termine “corruzione” rispetto a quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinate negli artt. 318, 319 e 319 ter del codice penale, è ulteriormente rafforzato dal PNA 2019.

ANALISI CONTESTO ESTERNO

Nella convinzione che la conoscenza del contesto in cui si opera sia fondamentale per l'individuazione di misure più efficaci ed appropriate per la prevenzione di eventuali eventi corruttivi, si procede ad un breve cenno sulle caratteristiche specifiche del territorio, in termini di condizioni socio-economiche e culturali.

I dati acquisiti derivano da fonti ministeriali, dall'Istat, dai PTPCT della Regione Sardegna, di vari Comuni del territorio regionale, dall'ATS Sardegna, dalla Presidenza della Corte dei Conti e dalla Presidenza della Corte d'Appello di Cagliari.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS) della Sardegna, come già descritto, è un Ente pubblico che opera per il Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del territorio della Regione Sardegna.

La sua sede centrale è a Sassari, 4 sedi sono nel territorio:

- Struttura Complessa di Cagliari
- Struttura Complessa di Oristano
- Struttura Complessa di Nuoro
- Centro Territoriale di Tortolì

L'I.Z.S. della Sardegna ricerca, realizza e fornisce, promuovendo anche collaborazioni e sinergie con altri Enti, prodotti e servizi che assicurano il presidio, il monitoraggio e la tutela della salute pubblica attraverso la sanità animale, la sicurezza alimentare e il benessere animale.

Nello svolgimento dei suddetti compiti l'Ente si colloca in un contesto economico sociale che si conferma, come descritto nei precedenti Piani, piuttosto provato da una fase recessiva che solo dal 2016 ha visto un leggero miglioramento con un aumento del prodotto interno lordo e una lieve diminuzione del tasso di disoccupazione, che permane comunque ancora piuttosto elevato, rappresentando, insieme al calo demografico e ai bassi livelli di istruzione, un elemento di criticità tutt'ora preoccupante.

Per quanto riguarda i settori produttivi la Sardegna continua ad essere un territorio con vocazione a prevalenza economica agropastorale, con una continua riduzione delle attività industriali e delle piccole imprese operanti nel settore del commercio e dell'artigianato.

Fra i settori produttivi più a contatto con l'Istituto, cioè agricoltura e allevamento, si confermano le difficoltà della produzione agricola, che ha registrato negli ultimi anni un calo particolarmente condizionato dal settore dell'olivicoltura, e dell'allevamento ovino, penalizzato dalla riduzione della domanda lattiero-caseario e della contestuale riduzione di prezzi.

Di grande importanza per l'economia locale il settore turistico, sebbene, allo stato attuale, fortemente penalizzato dall'emergenza sanitaria.

L'export dalla Sardegna registra buoni risultati, nel confronto con le altre regioni, in particolare verso i paesi dell'UE.

Deboli segnali di ripresa hanno registrato un trend in crescita che individua nella Sardegna, un luogo ideale per la ricerca e l'innovazione tecnologica, la nascita e lo sviluppo di start-up innovative, per attrarre la localizzazione di multinazionali high-tech, con una attenta regia regionale che vede partecipare le Università, i centri pubblici e privati di ricerca, gli investitori istituzionali, le grandi imprese, le piccole start-up.

Per quanto riguarda i dati relativi alla criminalità sul territorio regionale, si delinea un quadro generale che registra tassi di incidenza sensibilmente inferiori rispetto alla media nazionale, soprattutto per i reati più diffusi (rapine e furti).

La nostra regione rappresenta spesso uno snodo di importanti traffici, anche internazionali, di sostanze stupefacenti, nei quali confluiscono risorse provento di delitti diversi. Le indagini a carico di associazioni criminali hanno evidenziato in alcuni casi legami operativi tra le organizzazioni sarde del traffico e gruppi delinquenti facenti capo a organizzazioni criminali nazionali.

Sono in crescita i casi di delitti contro la persona come lo stalking e lo sfruttamento della prostituzione e in aumento anche i reati in materia ambientale come l'inquinamento e i rifiuti. I reati contro la Pubblica Amministrazione si concretizzano, come indicato nelle relazioni inaugurali dell'anno giudiziario da parte del Presidente della Corte dei Conti (anni 2018-2021), sostanzialmente in casi di:

- indebito utilizzo di fondi pubblici nazionali e comunitari;
- ipotesi di uso illecito di contributi pubblici nazionali e comunitari per la realizzazione di iniziative imprenditoriali;
- danni derivanti da assenze ingiustificate;
- danni conseguenti alla soccombenza dell'Amministrazione in controversie civili ed amministrative;
- conflitto di interessi (annullamento di atti per mancata astensione);
- danni erariali conseguenti alla violazione della normativa di riferimento;

- danni cagionati al Servizio Sanitario Nazionale;
- danni all'immagine dell'Amministrazione per reati propri dei pubblici dipendenti (corruzione) e, per altri reati non propri quali la turbativa d'asta (abuso d'ufficio)

In generale si può affermare che L'IZS opera in un ambiente tutto sommato poco problematico e non si registrano particolari criticità del contesto locale. Tuttavia, è degna di nota la preoccupazione emersa nella Relazione 2021 della Direzione Investigativa Antimafia (DIA), che individua nella pandemia una "grande opportunità" per le mafie, e nello snellimento delle procedure d'affidamento degli appalti e dei servizi pubblici un "serio rischio di infiltrazione mafiosa nell'economia legale, specie nel settore sanitario". E' poi "oltremodo probabile", sostiene sempre la DIA, che i clan tentino di intercettare i finanziamenti per le grandi opere e la riconversione alla green economy. Per cui è richiamata la massima attenzione da parte delle Istituzioni "soprattutto sulle possibili infiltrazioni negli Enti locali e sulle ingenti risorse

destinate al rilancio dell'economia del Paese". (Unione Sarda 24 febbraio 2021 "Covid, l'antimafia: Le mani della criminalità organizzata su green e sanità").

Dalla fotografia sullo stato della giustizia isolana, emersa dalla relazione della Presidente della Corte d'appello di Cagliari, nella cerimonia d'apertura dell'anno giudiziario 2022, si evince un aumento in Sardegna delle violenze e dei delitti di genere, dei reati legati ai traffici di droga e alle frodi informatiche, mentre diminuiscono quelli contro la pubblica amministrazione e contro il patrimonio, come furti e scippo, probabilmente a causa anche delle restrizioni legate al Covid. La criminalità organizzata si inserisce nei settori economici caratterizzati nell'isola da alta remuneratività del capitale o dall'arrivo di pubblici finanziamenti.

ANALISI CONTESTO INTERNO

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna "Giuseppe Pegreff", come già detto, è un Ente sanitario di diritto pubblico, è dotato di autonomia amministrativa, gestionale e tecnica, opera nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale come strumento tecnico scientifico dello Stato e della Regione, è posto sotto la vigilanza amministrativa della giunta regionale e garantisce alle Aziende Sanitarie Locali (ASL), secondo le indicazioni della programmazione regionale, le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica necessaria per l'espletamento delle funzioni veterinarie a tutela della sanità umana e animale, della qualità sanitaria dei prodotti di origine animale e dell'igiene delle produzioni zootecniche.

Sono organi dell'Istituto:

- a) il Consiglio di Amministrazione;
- b) il Direttore Generale;
- c) il Collegio dei Revisori dei conti.

Le articolazioni organizzative dell'Istituto, a seguito dell'approvazione con Delibera della Giunta Regionale n. 23/3 del 20 Aprile 2016 del Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi (Delibera CdA n. 1.1/2016), come modificato con delibera CdA n. 5.6/2018, sono riportate nell'organigramma allegato al presente Piano.

Nel 2019 l'Ente ha visto l'insediamento del Consiglio di Amministrazione (Delibera CdA 3.2 del 18.07.2019) e del Collegio dei Revisori dei Conti (Determina del Direttore Generale n. 86 del 11.02.2019, ha inoltre concluso il percorso di stabilizzazione del personale precario ai sensi della L. Reg.le 37/2016 (i contratti di lavoro sono stati stipulati con decorrenza 1.07.2021), ed attivato le

procedure previste dalle norme relative alla cosiddetta “piramide della ricerca” (Determina del Direttore Generale n. 1007 del 13 dicembre 2019), per l’assunzione diretta del personale in prima applicazione, appartenente ai profili professionali di “ricercatore sanitario” e “collaboratore professionale di ricerca sanitaria”, previste dal nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità, area Ricerca. Le procedure legate alla “piramide della ricerca” sono proseguite nel corso del 2020 e del 2021, e alla data odierna sono state assunte 26 unità lavorative. Nel corrente anno 2022, a seguito della pubblicazione del DPCM attuativo del 21.04.21 sono state istruite le procedure concorsuali per l’assunzione di n. due ricercatori, e tre collaboratori di ricerca; in particolare sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale i relativi bandi di concorso, i cui termini per la presentazione delle domande sono scaduti in data 17.02.2022.

Il contesto interno negli ultimi due anni è stato inevitabilmente provato dalle difficoltà proprie della pandemia e comuni a tutte le pubbliche amministrazioni, in termini di gestione dello smart working emergenziale, studio ed implementazione di nuove procedure, conciliazione tra attività in presenza, in particolare per il settore tecnico-sanitario, ed insorgenza di casi positivi. L’Ente, inoltre, è stato direttamente coinvolto nella lotta al coronavirus, allestendo al proprio interno un Laboratorio Covid, d’intesa con il Ministero della Salute e la Regione Sardegna, e collaborando così con le autorità e gli operatori sanitari coinvolti in prima linea, assicurando le attività diagnostiche di laboratorio sui tamponi prelevati sui soggetti a rischio.

Come descritto in premessa, l’Ente ha attraversato, inoltre, un periodo di *vacatio* dei vertici aziendali, conclusosi a maggio 2021 con la nomina del Direttore Generale (Decreto RAS n. 32 del 17.05.2021) e ad agosto 2021 con la nomina dei Direttori Sanitario e Amministrativo (Determine Direttore Generale rispettivamente n. 496 e 495 del 30.07.2021).

Con Determina del Direttore Generale n. 116 del 7.02.2022 è stato approvato il Piano Strategico 2022-2024 dell’IZS della Sardegna (Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 1.1 del 02.02.2022), che evidenzia la totale apertura dell’Istituto al territorio come motivo dominante della trasformazione strategica delineata. La vision dell’Ente si articola in particolare sullo sviluppo di nuovi approcci diagnostici, nuovi strumenti di governance in sanità pubblica (in un’ottica di one health), potenziamento e rilancio dei Centri di riferimento, potenziamento e sviluppo della ricerca e della formazione, valorizzazione della produzione diretta (vaccini stabulogeni), sviluppo dei processi diagnostici in ambito ambientale, miglioramento dell’organizzazione e della governance.

Con Determina del Direttore Generale n. 215 del 17.03.2022 (Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 2.2 del 23.03.2022) è stato approvato il Piano Triennale della performance 2022-2024 che, in linea con le traiettorie delineate nel Piano Strategico, nel declinare gli obiettivi di performance, pone particolare attenzione allo sviluppo di maggiori livelli di trasparenza, comunicazione e formazione, come di seguito descritto nella sezione dedicata alla Trasparenza, cui si rinvia, nonché all’impegno nel proseguire lo sviluppo degli strumenti di controllo e gestione degli approvvigionamenti di beni e tecnologia infungibili, aspetto già curato e previsto fra le misure di prevenzione della corruzione intraprese dall’Ente.

COMPITI PRIORITARI E RESPONSABILITA’ DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L’incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione è affidato in Istituto al Dr. Giovanni Deriu, e coincide con l’incarico di Responsabile della Trasparenza.

Al Responsabile della prevenzione della corruzione sono attribuiti i seguenti compiti:

- elaborazione del piano della prevenzione della corruzione;
- definizione di procedure atte a selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti a rischio di corruzione;

- verifica dell'efficace attuazione del piano e sua idoneità;
- proposte di modifiche in caso di mutamenti dell'organizzazione e in caso di accertate violazioni;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, per quanto possibile, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione;
- individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- pubblicazione della relazione annuale sui risultati dell'attività.

I suddetti compiti si inseriscono nella più specifica attività di gestione del rischio di corruzione che si attua con misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, secondo specifici monitoraggi e un'azione diretta in materia di prevenzione da parte del responsabile, coadiuvato e affiancato dai Referenti e da tutti i Dirigenti/Responsabili di strutture che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici, servizi, laboratori.

In applicazione dei decreti legislativi n.33/2013 e n.39/2013, applicativi della legge 190/2012, vengono inoltre rese maggiormente evidenti alcune competenze in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il d. lgs. 33/2013 poneva l'obiettivo della verifica della realizzazione del piano trasparenza come disciplinato dal T.U. sulla trasparenza "Riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, da parte delle pubbliche amministrazioni", compreso l'adozione del Piano della Trasparenza, come articolazione dello stesso Piano triennale anticorruzione.

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» (di seguito d.lgs. 97/2016) ha apportato innovazioni rilevanti, unificando in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità (PTTI). In particolare, il Piano relativo alla Trasparenza già dal 2017 non è più stato oggetto di un separato atto, ma è diventato parte integrante del PTPC con apposita sezione.

Il d. lgs. n. 39/2013 "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", definisce che il Responsabile anticorruzione ha il compito di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi. Deve adempiere, inoltre, agli oneri informativi e di denuncia previsti all'art. 15 dello stesso decreto.

Il Responsabile del piano di prevenzione risponde in caso di mancata predisposizione del Piano e della sua corretta attuazione in tutte le sue declinazioni. In caso di commissione di un reato di corruzione con sentenza passata in giudicato all'interno dell'Istituto, il Responsabile risponde sia sul piano disciplinare oltre che per il danno erariale e di immagine dell'Ente (art.21 d.lgs.165), salvo che provi di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di prevenzione e di aver vigilato sul funzionamento e l'osservanza dello stesso.

La Circolare n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica sottolinea il delicato compito organizzativo e di raccordo che svolge il Responsabile della prevenzione; a tal proposito sollecita le Amministrazioni ad assicurare adeguato supporto attraverso assegnazione di risorse umane, strumentali e finanziarie nei limiti della disponibilità di bilancio. Considerata, inoltre, la rilevanza delle funzioni e delle responsabilità attribuite dal ruolo, potrà essere prevista una remunerazione a seguito di positiva valutazione dell'attività mediante la retribuzione del risultato, nell'ambito delle norme legislative e contrattuali vigenti.

La figura del RPC è stata ulteriormente rafforzata dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La

nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. In Istituto i due ruoli già coincidevano in capo al medesimo soggetto.

Altrettanto importante è la prevista interazione fra RPCT e organismi indipendenti di valutazione o nuclei di valutazione.

Di particolare rilevanza sul ruolo del RPCT l'allegato 2 alla Delibera Anac n. 1074 del 21 novembre 2018 'Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)';

In Istituto quest'ultimo aspetto si è particolarmente sviluppato nel corso del 2017 grazie ad un positivo confronto fra RPCT e Nucleo di valutazione che ha agevolato, come previsto nel PTPC 2017-2019, una maggiore integrazione fra gli obiettivi di performance e gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza.

La suddetta collaborazione è proseguita nel corso del 2018, del 2019 e del 2020 anche con i componenti del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione, nominato in data 23.04.2018. Il ruolo del RPCT dell'Ente si è, concretizzato, nella redazione e diffusione di sue direttive in materia di anticorruzione e trasparenza, (es. nota prot. 1417/2017) , aventi ad oggetto nello specifico le seguenti tematiche: Rapporto Performance e PTPC; Trasparenza; Processo degli Acquisti; Set dati minimi oggetto di pubblicazione; Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000,00; Programmazione; Acquisti in esclusiva/infungibili (nota prot. n. 2341 del 15.03.2018; Determina del Direttore Generale n. 938/2019 "Approvazione del Regolamento per gli acquisti di materiali di consumo e apparecchiature dichiarati infungibili e/o esclusivi" e Determina del Direttore Generale n. 116/2020 "Nomina della commissione di valutazione dei materiali di consumo e apparecchiature dichiarati infungibili e/o esclusivi").

La verifica sulla conformità delle procedure è stata agevolata dal ruolo del RPCT come Direttore Amministrativo. Non avendo infatti ancora perfezionato un sistema di monitoraggio ben definito, il duplice ruolo del Responsabile diventa fondamentale nella fase di controllo che si concretizza durante l'iter di approvazione degli atti amministrativi.

SUPPORTO ALL'ATTIVITA' DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA.

In considerazione della complessa articolazione aziendale e dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna, il RPCT valuterà di avvalersi di volta in volta della collaborazione dei Responsabili degli Uffici e di tutti i dipendenti, al fine di garantire costantemente la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione ed il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Quanto sopra, in considerazione del fatto che la collaborazione ed il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza, soprattutto riguardo all'intero processo di gestione del rischio, è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi e che richiede, appunto, la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione; tant'è che lo stesso Aggiornamento al PNA individua nella collaborazione con il RPCT lo strumento fondamentale per definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo.

Il Responsabile, si è avvalso, fin dai primi anni di impostazione del sistema anticorruzione e trasparenza, di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale,

opportunamente formato in materia, per l'attuazione delle relative disposizioni, individuata nel Servizio Affari Generali. La Struttura indicata non è esclusivamente dedicata a tale scopo e da tempo si è evidenziata la necessità di valutare soluzioni organizzative ad integrazione dell'attuale assetto, ancor più alla luce delle attività dell'anno 2017, che hanno evidenziato, oltre che la complessità degli adempimenti, l'esigenza di disporre anche di figure tecniche in grado di fornire la necessaria assistenza informatica per l'automatizzazione dei processi legati alle banche dati e alle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente e delle attività 2018 e 2019 che hanno richiesto un ulteriore sforzo, in termini di studio e di adempimenti normativi, in particolare per quanto riguarda l'entrata in vigore del Regolamento UE 679/16.

Il supporto della Struttura non può che tradursi, allo stato attuale, al mero contributo, in termini di studio e informativa al RPCT, per ciò che attiene all'aggiornamento del PTPCT ed alla predisposizione della sua Relazione Annuale, mentre nell'esplicazione delle attività, il Responsabile dell'anticorruzione dovrà essere affiancato dai Dirigenti e dai Responsabili degli uffici e/o strutture, ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione, al fine di una piena condivisione degli obiettivi e di una più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

Particolarmente importante appare, inoltre, il supporto e il coinvolgimento degli OIV o NdV nelle attività proprie del RPCT, segnalato dal PNA 2016: "Gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150."

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza, ribadita dal Piano, ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013, ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). Gli OIV/NdV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV/NdV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito degli OIV/NdV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV/NdV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispose ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

LA RESPONSABILITÀ DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE

La concreta attuazione delle misure anticorruzione, è strettamente legata al ruolo attivo dei dirigenti. Infatti, il vertice aziendale impartisce indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato che tutte le unità

organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione (cfr Circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica).

In particolare, con il D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge n. 135 del 2012, sono state introdotte tre lettere nell'ambito del comma 1 dell'articolo, attribuendo ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-Quater) prevedono che i dirigenti:

- “1-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
- 1-ter) forniscono le informazioni richieste dal Responsabile della prevenzione della corruzione per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- 1-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

Con le nuove norme è stata, quindi, affiancata l'attività del Responsabile della prevenzione con l'attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione.

Dall'esame del quadro normativo, risulta, pertanto, che lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili degli uffici e del Responsabile della prevenzione, secondo un processo bottom-up in sede di formulazione delle proposte e top-down per la successiva fase di verifica ed applicazione.

Di conseguenza, i dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i dirigenti con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, devono attestare di essere a conoscenza del Piano per la prevenzione della corruzione, approvato dall'Istituto e provvedere all'esecuzione di quanto in esso previsto per le parti di rispettiva competenza.

Si richiama, infine, l'attenzione sulla responsabilità in capo al dirigente del Servizio Provveditorato individuato come RASA (Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltanti) nell'ambito dell'AUSA (Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti).

INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE

Nell'ambito di attuazione della legge 190/2012, la gestione del rischio rappresenta la finalità principale cui tendono tutte le azioni le quali hanno carattere preventivo e comprendono un insieme di attività coordinate, per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione nel campo del rischio di corruzione.

Per poter individuare le aree a rischio di fenomeni corruttivi, si definisce il concetto di rischio corruttivo come la pericolosità di un evento calcolata con riferimento alla probabilità che questo si verifichi, correlata alla gravità delle relative conseguenze.

Ciò richiede all'Ente di individuare tre fasi di lavoro:

- La mappatura dei processi
- La valutazione del rischio per ciascun processo
- Il trattamento del rischio

La mappatura dei processi viene effettuata nelle aree di rischio individuate dall'art. 1, comma 16 della

legge 190/2012 e raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'art. 16, comma 1, lettera a-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165.

Ai sensi della legge 190/2012 vanno considerati principalmente i seguenti processi:

- Autorizzazioni o concessioni
- Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163. Le stazioni appaltanti possono 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 costituisce causa di esclusione dalla gara (art. 1 comma 17 legge 190/2012).
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati.
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del decreto legislativo 150 del 2009.

L'individuazione delle strutture aziendali interessate nella gestione del rischio è stata fatta dal Direttore Amministrativo dell'Ente con riferimento alle Strutture Complesse e Semplici di cui è costituita l'organizzazione dell'Istituto. Il censimento dei procedimenti interessati alla valutazione e trattamento del rischio è soggetto a revisione continua, secondo specifica verifica, considerata la natura della materia, le esigenze organizzative, il verificarsi di eventi significativi, l'evoluzione della normativa di settore. Le variazioni in questione vengono gestite anche in armonia con gli interventi di revisione dell'Atto Aziendale.

Secondo quanto indicato dall'Aggiornamento al piano nazionale anticorruzione (determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015) l'Istituto, già nel PTPC 2016-2018, tenuto conto della fase di riorganizzazione intrapresa e della mancanza di risorse destinate per cui non ha potuto adempiere nei tempi previsti alla mappatura dei processi, si poneva come obiettivo di procedere ad una mappatura generalizzata dei propri processi distribuendola in due annualità. Come stabilito durante l'incontro tenutosi il 27 gennaio 2016 tra il Responsabile e i dirigenti di struttura, un primo censimento dei processi a rischio è stato effettuato per le aree cosiddette "obbligatorie", mentre è stata effettuata nel corso del 2017 la mappatura delle aree relative ai processi del settore tecnico-sanitario.

L'Istituto presta, infatti, particolare attenzione, come già espresso nei precedenti Piani di prevenzione della corruzione, ad aree di rischio specifiche, in base alle proprie peculiarità, come suggerito dai richiamati Aggiornamenti al piano nazionale anticorruzione, e nello specifico per il settore Sanità.

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previste dal Piano sono integrati nel ciclo delle Performance. Nel corso del 2017 si è raggiunto un discreto livello di coordinamento fra i due sistemi e si è potenziato il livello di interazione fra l'RPCT e il Nucleo di Valutazione.

Con determina n. 1059 del 18.12.2017 l'Istituto ha avviato l'iter per la nomina dei tre componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) per il triennio 2018/2020.

Nel 2018 è stato nominato l'OIV con determina n. 489 del 23.04.2018.

Nel 2021, con determina n. 793 del 22 novembre, è stato nominato il nuovo OIV per il triennio 2022-2024.

LA GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio è la fase in cui si individuano le attività e gli uffici maggiormente esposti al rischio di corruzione, precede l'elaborazione del Piano ed è lo strumento utilizzato dall'Istituto per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi, pertanto la pianificazione,

mediante l'adozione del P.T.P.C. , è il mezzo per attuarlo.

L'intero processo nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna si fonda sulla partecipazione e sull'attivazione di meccanismi di consultazione e con il coinvolgimento dei Dirigenti e Referenti per le aree di rispettiva competenza.

Le fasi principali che l' Istituto ha seguito sono le seguenti:

- Mappatura dei processi attuati dall'azienda;
- Valutazione del rischio per ciascun processo;
- Trattamento del rischio.

Mappatura dei processi attuati dall'Azienda

La mappatura dei processi consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e della responsabilità per ciascuna fase, attribuendo al concetto di processo un'accezione più ampia di quello di procedimento amministrativo.

La mappatura dei processi è effettuata dall'Ente sia per le aree di rischio obbligatorie individuate dalla normativa e per le sottoaree in cui queste si articolano, sia per eventuali ulteriori aree specifiche di attività da individuare a rischio.

A seconda del contesto, l'area di rischio individuata dall'Ente può coincidere o con l'intero processo o soltanto con una fase che può rivelarsi più critica.

Le Mappature effettuate dall'Istituto sono pubblicate sull'apposita sezione Amministrazione Trasparente, alla voce Altri Contenuti – Corruzione. Come già detto, si è effettuata nel 2017 l'attività di mappatura relativa all'area specifica “tecnico-sanitaria”.

Sono state poi avviate le mappature di sotto processi e di altri settori (Protocollo, Gestione Tirocini e processi di competenza della SVA Programmazione e Gestione Amministrativa Piani e Progetti).

Le mappature effettuate saranno oggetto di verifica, a cura dei responsabili delle aree interessate in collaborazione con il RPCT, e potranno essere aggiornate o ulteriormente sviluppate con eventuale inserimento di ulteriori processi o di sottoprocessi non precedentemente esaminati.

Valutazione del rischio

L'attività di valutazione del rischio deve essere fatta per ciascun processo o fase di processo mappato.

Per valutazione del rischio si intende il processo di :

- Identificazione,
- Analisi,
- Ponderazione del rischio.

L'identificazione consiste nella ricerca, individuazione e descrizione dei rischi.

L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti emergere i possibili rischi di corruzione. Gli eventi di corruzione possono essere identificati:

- Con il contributo dei soggetti coinvolti nei processi a rischio (dipendenti, responsabili, utenti...) mediante consultazione e confronto tra i soggetti stessi, tenendo presenti le specificità dell'Ente, di

ciascun processo e del livello organizzativo a cui il processo o la sottofase si colloca;

- Un utile contributo può essere dato dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione dei precedenti giudiziari (in particolare i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Ente,
- La determinazione degli indici di valutazione della probabilità di ciascun processo;
- Stimando l'efficacia del sistema dei controlli adottato;

Per quanto riguarda l'eventuale considerazione dei criteri indicati nella Tabella Allegato 5 del P.N.A.: "La valutazione del livello di rischio", colonna sinistra (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli), e colonna destra (impatto organizzativo, impatto economico, impatto reputazionale e di immagine) si riporta quanto espresso dall'ANAC nell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale per la Prevenzione della Corruzione: "Dall'analisi dei PTPC 2017-2019 è, infatti, emerso che gran parte delle amministrazioni continua ad applicare in modo troppo meccanico la metodologia presentata nell'Allegato 5 del PNA 2013, pur non essendo la stessa strettamente vincolante, come precisato nell'Aggiornamento 2015 del PNA. L'amministrazione può, infatti, scegliere criteri diversi purché adeguati al fine.", nonché, da ultimo, quanto previsto nel PNA 2019, Allegato 1 "...Considerata la natura dell'oggetto di valutazione (rischio di corruzione), per il quale non si dispone, ad oggi, di serie storiche particolarmente robuste per analisi di natura quantitativa, che richiederebbero competenze che in molte amministrazioni non sono presenti, e ai fini di una maggiore sostenibilità organizzativa, si suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza. Di conseguenza, come già esposto in termini più generali nella premessa del presente documento e, anche a seguito dei non positivi risultati riscontrati in sede di monitoraggio dei PTPCT dall'ANAC, si specifica che l'allegato 5 del PNA 2013 è superato dalla metodologia indicata nel presente allegato e solo a questo ultimo si dovrà fare riferimento.."

L'analisi del rischio consiste nel determinare il livello di rischio degli eventi di corruzione per "misurarli" in base alla loro Probabilità e al loro Impatto sull'organizzazione. E' la valutazione

della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo), dei controlli vigenti.

A tal fine per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Istituto che sia utile per ridurre la probabilità del rischio e la valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Istituto, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di:

- impatto organizzativo
- impatto economico
- impatto reputazionale
- impatto organizzativo, economico e sull'immagine.

Il valore della probabilità e il valore dell'impatto devono essere considerati per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nello scegliere quali eventi di corruzione è necessario prevenire e con quanta urgenza, raffrontando il rischio con altri al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.

Le fasi di processo, i processi o gli aggregati di processo per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio vanno ad identificare le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. Bisogna, pertanto, prevenire subito gli eventi con il livello di rischio maggiore.

La ponderazione può essere effettuata in base ai seguenti criteri:

- dare priorità agli eventi di corruzione, che possono ricorrere nei processi con il sistema di controlli meno efficace;
- a parità di controllo, dare priorità agli eventi di corruzione che hanno la modalità di rischio maggiore;
- a parità di modalità di rischio, dare priorità alle aree con quantità di rischio maggiore;
- a parità di quantità di rischio, dare priorità agli eventi più probabili.

La ponderazione è svolta sotto il coordinamento del responsabile della prevenzione della corruzione.

Il trattamento del rischio.

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione, che sono obbligatorie o ulteriori.

Le misure obbligatorie debbono essere attuate necessariamente, quelle ulteriori debbono essere valutate in base al grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal responsabile della prevenzione della corruzione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza e l'eventuale supporto dell'OIV.

AREE DI RISCHIO TRATTATE

Il presente Piano recepisce le aree di rischio che la l. n. 190/2012 individua espressamente come tali, vale a dire le aree che sono elencate nell'art.1, comma 16, comuni ed obbligatorie a tutte le pubbliche amministrazioni e, in quanto tali, in considerazione della loro massima rischiosità vengono trattate. Tiene conto, inoltre, delle indicazioni (metodologiche, operative e gestionali) contenute nel P.N.A. ed applica alle aree in tal modo individuate le indicazioni e le misure di prevenzione di cui al P.T.P.C. medesimo.

Inoltre, in aggiunta alle aree di rischio obbligatorie, è stato avviato un processo di individuazione di ulteriori aree di rischio, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto dell'Istituto.

Partendo dal presupposto che il Piano deve essere uno strumento di lavoro dinamico, completo e soprattutto specifico per l'Istituto, si è programmato di eseguire l'analisi del rischio con l'ausilio, oltre che della Direzione e del Nucleo di Valutazione, anche dei singoli dirigenti e di svolgere successivamente l'attività di attribuzione del grado di rischio di corruzione dei processi individuati.

Pertanto, ai fini dell'attuazione del piano, effettuata una prima mappatura delle attività che possono

risultare esposte al rischio di corruzione, e che rappresentano una specificazione di quanto già indicato dal legislatore e sono da leggersi con la fondamentale avvertenza che sono le attività a presentare un intrinseco rischio corruttivo, senza alcun riferimento alle singole persone preposte allo svolgimento delle stesse, l'Istituto si propone di estendere la mappatura ad altre aree tenendo conto della fase di riorganizzazione aziendale.

Attività a rischio di corruzione

Nell'ambito del complesso delle attività istituzionali proprie dell'Istituto (sanità animale, sicurezza alimentare, ricerca etc.) e tenuto conto delle priorità indicate dal comma 16 dell'art. 1 della Legge n° 190/2012, le attività a rischio di corruzione sono:

- a) Autorizzazioni o concessioni,
- b) Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi, forniture, di cui al decreto legislativo n° 12/04/2006, n° 163 e successive m. e i. (D.lg.vo n. 50/2016).
- c) Concessioni ed erogazioni di sovvenzioni, contributi, sussidi ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ad enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni giuridiche ed economiche di cui all'art. 24 del citato decreto legislativo n° 150 del 2009,
- e) selezioni per l'accesso ad incarichi di consulenza, collaborazioni coordinate e continuative, corsi di formazione e di studio attivati a qualunque titolo,

Per ognuna delle fattispecie sopra elencate si indicano di seguito le attività connesse e le procedure di prevenzione:

A) "Autorizzazioni o concessioni":

- Conferimento o autorizzazione all'esercizio di incarichi interni ed esterni a titolo gratuito o oneroso;
- conferimento di incarichi a titolo gratuito o oneroso a dipendenti di altre amministrazioni pubbliche;
- autorizzazioni a fruire di permessi retribuiti;
- autorizzazioni a formazione facoltativa.

Procedure di prevenzione:

- predeterminazione dei criteri anche attraverso la definizione di appositi regolamenti;
- nota informativa da trasmettere al responsabile della prevenzione della corruzione nonché pubblicazione da parte della struttura competente dell'autorizzazione sul sito web istituzionale.

B) Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui al decreto legislativo n. 50/2016:

- predisposizione di atti di gara(progetti, capitolati speciali etc) per l'affidamento di lavori, servizi e forniture;

- affidamento, sia all'interno che all'esterno dell'attività di progettazione , -direzione e collaudo di lavori , servizi e forniture;
- progettazione , direzione e collaudo di lavori, servizi e forniture;
- affidamento diretto di appalti senza procedura di gara;
- procedura in economia per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, nomina del RUP;
- liquidazione e pagamenti a imprese appaltatrici di lavori , servizi e forniture;
- liquidazione fatture e pagamento per contanti del servizio di cassa;
- gestione del magazzino;
- rotazione del conferimento degli incarichi di RUP, di progettazione, direzione lavori, collaudi;
- fase dell'aggiudicazione dell'appalto;
- procedure per l'affidamento, smaltimento, rifiuti di cui al D. Lgs 81/2008;
- scelta dei fornitori di materiale di consumo e di servizi.

Procedure di prevenzione

- validazione della legittimità della procedura di gara da adottare da parte del dirigente responsabile;
- validazione delle attività della direzione lavori e dell'organo di collaudo da parte del dirigente responsabile;
- contatti con gli imprenditori, concorrenti ed aggiudicatari : devono avvenire esclusivamente con il RUP e/o con il dirigente responsabile della struttura preposta alla gestione dell'appalto. Di tali contatti deve essere data comunicazione al responsabile della prevenzione della corruzione;
- in caso di difficoltà nell'individuazione dell'oggetto della gara va effettuata una indagine esplorativa, in maniera aperta, trasparente e tracciabile tra più imprese operanti nel settore;
 - invitare, per le procedure in economia, le imprese inserite nell'albo detenuto dall'Istituto secondo il criterio della rotazione;
- determinazione ex ante, dei limiti entro cui è possibile, l'affidamento diretto;
- ispezione e verifiche a campione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione o di un suo delegato.
- regolamentazione e monitoraggio sui beni e servizi infungibili

C) “Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili, finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati”:

- Preselezione progetti da presentare ad enti erogatori di finanziamenti /finanziamenti per la ricerca e/o la formazione didattica;
- partecipazioni, convenzioni, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione di qualunque natura e contratti con enti pubblici e/o a sostegno delle attività di ricerca;
- iniziative per dipendenti volte alla promozione di attività culturali, sportive e ricreative,
- contributi formazione facoltativa;
- azioni per il recupero dei crediti;

-gestione dei rapporti con Istituti di credito e società finanziarie con riferimento a cessioni e finanziamenti.

Procedure di prevenzione:

- predeterminazione dei criteri per l'attribuzione dei benefici anche attraverso appositi regolamenti;
- pubblicazione degli elenchi dei beneficiari sul sito web istituzionale;
- verifiche a campione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione o un suo delegato.

D) “Concorsi prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni giuridiche ed economiche.

E) “Sezione per l'accesso ad incarichi di consulenza, collaborazioni coordinate e continuative ai corsi di formazione , di studio, attivati a qualunque titolo”:

- predisposizione bandi di concorso/selezione;
- nomina commissioni di concorso/selezione e relativi compensi;

- progressioni di carriera verticali per il personale tecnico –sanitario, amministrativo a tempo indeterminato;
- procedure concorsuali selettive per assunzione di personale dirigente, tecnico-sanitario, amministrativo a tempo indeterminato, a tempo determinato, conferimento di incarico art. 7, comma 6 d.lgs.165/2001; progressioni di carriera verticali ed orizzontali, reclutamento a qualunque titolo di personale esterno;
- procedure selettive per il conferimento di consulenze, collaborazioni coordinate e continuative, assegnazione di borse di studio per l'espletamento di progetti di ricerca.

Procedure di prevenzione:

- predeterminazione dei criteri per l'attribuzione delle situazioni sopra descritte attraverso appositi regolamenti e puntuale rispetto dei criteri e dei principi previsti dalla legge e dai regolamenti normativi;
- indicazione criteri per l'individuazione dei componenti delle commissioni;
- pubblicazione sul sito istituzionale degli atti e verbali delle operazioni concorsuali da parte della struttura competente;
- nel contratto individuale di lavoro deve essere prevista una clausola di presa d'atto da parte del lavoratore anche del presente piano;
- ispezioni e verifiche a campione da parte del responsabile della prevenzione della corruzione o di un suo delegato delle procedure concorsuali/ selettive.

In riferimento ai settori relativi all'affidamento dei lavori, servizi e forniture (incluse le acquisizioni in economia) nonché al settore delle procedure concorsuali, l'Istituto opera nell'ambito di una normativa specifica che prevede già una serie di adempimenti per garantire la trasparenza e la correttezza delle

procedure.

Le aree di rischio trattate sono pubblicate in Amministrazione Trasparente, Sezione altri Contenuti-Prevenzione della Corruzione:

Mappatura Servizio Ragioneria

Mappatura Servizio Acquisizione Beni e Servizi

Mappatura Servizio Personale

Mappatura Servizio Affari Generali

ULTERIORI AREE DI RISCHIO INDIVIDUATE NEL SETTORE TECNICO IN BASE ALLA SPECIFICITA' DELLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI:

F) Processo di prova dall'accettazione campioni alla refertazione

Nello specifico i processi esaminati nel suddetto settore sono pubblicati in Amministrazione Trasparente, Sezione altri Contenuti-Prevenzione della Corruzione:

Accettazione Attività di prova Attività di ricerca Produzione vaccini

In riferimento alle suddette aree di rischio del settore tecnico l'Istituto opera nell'ambito di un sistema della Qualità che prevede già una serie di adempimenti per garantire la trasparenza e la correttezza delle procedure.

G) Scelta tecnica su attrezzature e materiale di consumo

L'Istituto ha posto particolare attenzione sul problema relativo agli acquisti di beni e servizi infungibili, settore per cui, attraverso un lavoro sinergico tra settore amministrativo e tecnico sanitario, si è analizzato il fenomeno avviando un percorso di verifica sulla dichiarata infungibilità/esclusività dei beni consumabili richiesti dai laboratori/strutture, dell'Ente nonché di predisposizione di un "Regolamento per gli acquisti di materiale di consumo e apparecchiature dichiarati infungibili/esclusivi" (Determina del Direttore Generale n. 983 del 28/11/2019).

Nel 2020 è stata nominata, ai sensi dell'art. 10 del suddetto Regolamento, la Commissione di valutazione dei materiali di consumo e apparecchiature dichiarati infungibili e/o esclusivi (Determina del Direttore Generale n. 116 del 20.02.2020), ed acquisita la nota del Presidente della Commissione per la gestione del periodo di transizione (Prot. n. 1198 del 27.02.2020).

Alla data odierna, alla luce delle risultanze di lavoro rilevate a seguito della applicazione del Regolamento approvato con determina n. 983 del 28.11.2019, che hanno confermato ed evidenziato la necessità di acquisire la collaborazione dell'area tecnico-sanitaria in materia di acquisizione dei beni e dei servizi secondo puntuali norme regolamentari interne, al fine di garantire il rispetto delle procedure di "acquisto diretto / in economia" ai sensi del D. Lgs. n. 50/2016, si rende opportuno rivisitare alcuni

sub-procedimenti previsti nello stesso Regolamento.

Le misure di modifica e miglioramento sono state espressamente previste nel “Piano performance 2021 / 2023”.

E' opportuno ribadire che l'individuazione del rischio di corruzione effettuata e sopra descritta, sarà oggetto di monitoraggio da parte del Responsabile della prevenzione e sarà soggetta ad aggiornamento ed implementazione, in quanto potranno essere trattate altre sotto aree, attività e processi a rischio.

I COMPITI DEI DIPENDENTI E DEI DIRIGENTI

Nella consapevolezza che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, e che il presente documento verrà aggiornato ogni qualvolta intervengano mutamenti significativi nell'organizzazione aziendale, si ritiene che tale attività si possa sviluppare nel triennio, secondo il programma che qui di seguito si illustra:

-I dipendenti destinati ad operare in settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, i dirigenti con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, attestano di essere a conoscenza del Piano per la prevenzione della corruzione approvato con delibera del Direttore Generale e provvedono all'esecuzione di quanto in esso previsto per le attività di rispettiva competenza.

-Essi devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis legge 241/1990, in caso di conflitto d'interessi, dall'adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e provvedimenti finali, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

-La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

--I dipendenti che svolgono le attività a rischio di corruzione riferiscono, a decorrere dalla data di adozione del presente Piano, periodicamente al dirigente di riferimento, circa il rispetto dei tempi procedurali e circa qualsiasi anomalia accertata, indicando, per ciascun procedimento nel quale i termini non sono stati rispettati, le motivazioni in fatto e in diritto di cui all'art. 3 della legge 241/1990, che giustificano il ritardo.

-I dirigenti, con particolare riguardo alle attività a rischio di corruzione, informano, tempestivamente e senza soluzione di continuità, il Responsabile della prevenzione della corruzione, in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali, fondamentale elemento sintomatico del corretto funzionamento e rispetto del Piano per la prevenzione della corruzione

e di qualsiasi altra anomalia accertata, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendole al Responsabile della prevenzione della corruzione, nel caso non rientrino nella competenza esclusiva dirigenziale. Pertanto, i suddetti responsabili verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano al Responsabile del piano riguardo a:

- dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
- il numero dei procedimenti conclusi;
- il numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate, sono messi a disposizione per le pubblicazioni prescritte dalla normativa vigente.

-I dipendenti individuati dai dirigenti dei settori interessati opportunamente formati, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, rendono accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti e procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.

-Le stazioni appaltanti valuteranno, in accordo con il Responsabile della prevenzione della corruzione, la possibilità di inserire nei bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara (art. 1, comma 17, legge 190/2012).

-Ciascun Dirigente propone, annualmente, al Responsabile del Piano per la prevenzione della corruzione, il piano annuale di formazione della propria U.O., con esclusivo riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano e l'elenco dei dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui all'art. 1, comma 1 della legge 190/2012.

-Ciò posto, il dirigente è tenuto a relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione sulle attività poste in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel Piano per la prevenzione della corruzione, nonché a rendicontare sui risultati realizzati, in esecuzione del Piano triennale della prevenzione.

-I dirigenti indicano al Responsabile della prevenzione le forniture di beni, servizi, lavori da appaltare nei successivi dodici mesi, avendo cura di attivare le procedure di selezione, secondo le modalità indicate dal d. lgs. n. 50/2016, con congruo anticipo rispetto alla scadenza dei contratti aventi per oggetto la fornitura di beni, servizi, lavori.

-I Dirigenti di tutte le articolazioni aziendali, inoltre, dovranno effettuare una adeguata attività informativa per la corretta conoscenza e applicazione del codice di comportamento adottato

dall'azienda, mentre un monitoraggio annuale sulla sua attuazione ed una verifica del relativo stato di applicazione, sempre annuale, dovrà essere fatto dall'UPD.

-Infine, devono intendersi qui riportati tutti gli ulteriori compiti ed attività di competenza dei Dirigenti, come indicati e previsti nei successivi paragrafi del presente Piano.

TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, in quanto consente, in particolare, la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo, più in generale, per ciascuna area di attività e, di conseguenza, la responsabilizzazione dei funzionari; la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate; la conoscenza della situazione patrimoniale dei politici e dei dirigenti.

La trasparenza dell'attività amministrativa è assicurata dall'Istituto, mediante la pubblicazione sul sito istituzionale dei dati e delle informazioni stabilite dal d. lgs. N°33/2013 che ha rafforzato la qualificazione della trasparenza come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, per effetto della nuova disciplina (D. Lgs. n. 97/2016), comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPC come

“apposita sezione”. Quest’ultima contiene, dunque, le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l’adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente. In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

L’Ente, pertanto, in adesione a quanto stabilito dalla normativa vigente, ha predisposto la suddetta sezione, che si propone come lo strumento fornito all’utenza per consentire la valutazione dell’operato dell’Istituto, dando così una risposta all’esigenza di trasparenza, rendicontazione della performance e integrità nella Pubblica Amministrazione, che è chiamata a svolgere le proprie attività istituzionali perseguendo i principi di efficienza e imparzialità.

Mira a garantire a tutti coloro che hanno uno specifico interesse nei servizi forniti dall’Istituto e alla cittadinanza in generale, la piena ed efficace accessibilità, per via telematica, delle

informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, del suo andamento gestionale e dell’utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali.

La trasparenza viene garantita mediante la pubblicazione on-line delle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione e delle attività, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all’utilizzo delle risorse, favorendo forme diffuse di controllo sul buon andamento e imparzialità della gestione.

L’integrità è da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle Pubbliche Amministrazioni, infatti la trasparenza è il mezzo attraverso il quale si possono prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi ed accompagna opportunamente l’integrità in quanto la conoscenza pubblica dell’operato delle amministrazioni, costituisce di per sé uno strumento di prevenzione della corruzione all’interno delle organizzazioni pubbliche, fornendo all’amministrazione stessa e alla collettività gli strumenti per individuare situazioni che potrebbero dare spazio a comportamenti illeciti.

La sezione rende note le iniziative intraprese dall’Istituto nell’arco triennale di attività, ma è un documento per sua stessa natura dinamico e, in quanto tale, soggetto ad eventuali revisioni e/o aggiornamenti.

La pubblicazione on-line dei dati consente a tutti i cittadini un’effettiva conoscenza dell’azione dell’Istituto con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività. In quest’ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino in qualità sia di destinatario della attività delle Pubbliche Amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

L’Istituto in sede di programmazione delle attività per il 2017 si è proposto di ampliare le informazioni di trasparenza mediante l’individuazione di “dati ulteriori” e si è pertanto provveduto alla pubblicazione nell’apposita sezione in Amministrazione Trasparente dei seguenti documenti:

Alternanza Scuola-Lavoro Automezzi

Fatturato attività commerciale

Figure professionali richieste per progetti di ricerca

Scorrimento graduatorie borse di studio aggiornato al 30.09.2017

Nel corso del 2018 i dati ulteriori sono stati ampliati pubblicando in Amministrazione Trasparente le seguenti voci:

Privacy (dati di contatto del DPO (Data Protection Officer) e Modello Informativa Privacy)

Costo missioni (costo complessivo delle missioni effettuate dal personale) OPBA (Organismo Preposto al Benessere Animale)

Per il prossimo triennio l'Istituto si propone di proseguire l'individuazione di idonee soluzioni informatiche per l'informatizzazione dei flussi ai fini della pubblicazione in Amministrazione Trasparente, in un'ottica di snellimento e semplificazione dei processi.

Il percorso già intrapreso in collaborazione con il CED nel corso del 2020 ha consentito di automatizzare alcune pubblicazioni.

TRASPARENZA E PRIVACY

A seguito dell'applicazione dal 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, dell'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, l'Istituto ha previsto, con determina n. 536 del 16.05.2018 l'individuazione del DPO (data protection officer) / RPD (Responsabile Protezione dei Dati), designato con determina n. 574 del 24.05.2018, i cui dati di contatto sono pubblicati nell'apposita sezione Privacy, realizzata alla voce Altri Contenuti-Dati Ulteriori dell'Amministrazione Trasparente sul sito dell'Ente.

La nuova disciplina ha comportato un'ulteriore sforzo da parte del personale di supporto al RPCT, al fine di chiarirne la compatibilità con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Premesso che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri è evidentemente costituita esclusivamente da una norma di legge, è necessario precisare che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, cioè liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

L'Istituto, alla luce di quanto sopra esposto, si è confrontato in più occasioni con il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD, in virtù dei suoi specifici compiti, anche di supporto e consulenza per l'amministrazione, sottoponendogli quesiti specifici in ordine a diverse fattispecie soggette a pubblicazione, acquisendone i pareri e adeguando conseguentemente il proprio operato.

La figura del RPD si aggiunge, affiancandola e supportandola, a quella del RPCT, rappresentando, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, una figura di riferimento.

L'Istituto ha, inoltre, intrapreso nel 2018 un percorso di sensibilizzazione e di formazione del personale in materia di privacy, mediante l'adesione ad incontri e giornate formative organizzate dal RPD, che è proseguito in parte anche nel 2019 e che si intende ulteriormente estendere per coinvolgere il maggior numero di dipendenti.

Nel corso del 2020 l'Istituto ha provveduto alla nomina di un nuovo RPD (DPO), come da determina n. 332 del 19.05.2020, il cui incarico biennale è giunto al termine nel corrente anno, per cui è intervenuta una nuova nomina con determina n. 482 del 07.06.2022.

CODICE DI COMPORTAMENTO

I codici disciplinari e di comportamento del personale del comparto e della dirigenza del SSN, sono stati oggetto di importanti rivisitazioni e integrazioni da parte del D.lgs. n. 150/2009 nonché, da ultimo, dal D.lgs.n. 39 del 08.04.2013 e dal D.P.R. n. 62 del 16.04.2013.

L'art.15, comma 3, del D.P.R. n. 62 del 16.04.2013 prevede espressamente, tra l'altro, che "l'ufficio procedimenti disciplinari, oltre alle funzioni disciplinari di cui all'art 55-bis e seguenti del D.lgs. n. 165 del 2001, curi l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'art. 54- bis del D.Lgs. n. 165 del 2001", a tal fine operando in stretto raccordo con il responsabile della prevenzione di cui all'art. 1, comma 7, della legge n. 190 del 06.11.2012.

La nuova disciplina prescrive le condotte da adottare in servizio, nei rapporti privati e con il pubblico, contrastando le pratiche scorrette: divieto di ricevere regali, lotta al conflitto di interesse, prevenzione della corruzione.

Di conseguenza, il codice di comportamento è da considerarsi una misura di prevenzione della corruzione fondamentale, in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti in senso legale ed eticamente corretto, e, pertanto, indirizzano l'azione amministrativa; tant'è che la legge 190/2012, chiarisce che la violazione delle regole del Codice

generale approvato con DPR e dei codici adottati da ciascuna amministrazione dà luogo a responsabilità disciplinare.

L'Istituto, ai sensi del DPR n° 62/2013, recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, ha redatto un Codice di Comportamento Integrativo al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e perseguimento dell'interesse pubblico.

Data l'importanza dell'adozione del codice di comportamento aziendale, al fine di rispettare le prescrizioni impartite dal DPR 62/2013 e di darne puntuale e tempestiva ottemperanza, l'Istituto ha attuato una consultazione pubblica, invitando tutti i portatori di interesse (stakeholders) a comunicare eventuali segnalazioni sulla prima stesura del codice, disponibile on line sulla home page del sito dell'Ente. È stato inoltre coinvolto il Nucleo di Valutazione per gli adempimenti di competenza.

Il Codice viene inoltre allegato a tutti i nuovi contratti stipulati dall'Ente e consegnato ai nuovi assunti, nonché a tutti i collaboratori e consulenti con qualsiasi tipologia o incarico e ai collaboratori, a qualsiasi titolo, di imprese fornitrici di beni e servizi, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.P.R. n. 62 del 16/04/2013.

Il PNA 2018 ha previsto sul tema dei codici di comportamento un notevole sforzo di approfondimento da parte dell'ANAC sui punti più rilevanti della nuova disciplina, partendo dalla constatazione della scarsa innovatività dei codici di amministrazione che potremmo chiamare "di prima generazione", in quanto adottati a valle dell'entrata in vigore del D.P.R. 62/2013 e delle prime Linee Guida ANAC dell'ottobre del 2013.

L'ANAC ha adottato delle nuove Linee guida in materia il 19 febbraio 2020, che danno istruzioni alle amministrazioni relativamente ai contenuti dei codici (doveri e modi da seguire per un loro rispetto condiviso), al procedimento per la loro formazione, agli strumenti di controllo sul rispetto dei doveri di comportamento, in primo luogo in sede di responsabilità disciplinare.

Sulla base delle suddetto documento, di cui si è avviata l'analisi nel corso del 2020, l'Ente si propone di procedere alla revisione dell'attuale Codice integrativo.

ROTAZIONE DEL PERSONALE

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio

nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

Occorre, verificare in via preventiva le modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, anche valutandola tra dipendenti nell'ambito della stessa struttura.

A tal proposito l'Istituto, tenendo conto della complessità che comporta l'applicazione della rotazione del personale dirigenziale, ritiene debba essere valutata in tutte le aree e i servizi maggiormente esposti a rischio. Al riguardo, il Responsabile della prevenzione della corruzione, sulla base delle indicazioni dei dirigenti responsabili, concorda con gli stessi la rotazione dei dipendenti coinvolti nell'istruttoria di provvedimenti riguardanti le aree ad elevato rischio, laddove si ritenga necessario a garanzia dell'imparzialità nello svolgimento dei provvedimenti stessi.

Naturalmente, per garantire che la rotazione di suddetto personale non comprometta il funzionamento degli uffici ed il patrimonio di abilità presenti, occorrerà coinvolgerlo in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori. L'Istituto già nel 2017 ha inserito fra gli obiettivi di performance organizzativa quello relativo alla valutazione e tendenza alla "interscambiabilità" del personale con specifico riferimento ai processi sanitari, sostenuta dalla necessaria formazione, e tenuto conto dei vincoli imposti dalle procedure obbligatorie in materia di Qualità. Obiettivo questo presente all'Amministrazione sotto il profilo dell'efficientamento dei servizi e confermato, infatti, come criterio di valutazione del personale coinvolto negli obiettivi di performance.

Sarà comunque attuata la rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari, collegati a condotte di natura corruttiva. Per evitare inefficienze, la rotazione dovrà essere preceduta da un periodo di affiancamento o dalla predisposizione di corsi formativi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, richiamata la direttiva riportata nella Deliberazione ANAC n. 831 del 03.08.2016, nel valutare altre misure di prevenzione alternative alla rotazione del personale, laddove non applicabile, privilegia la distribuzione delle responsabilità riferite all'istruzione e definizione dei procedimenti amministrativi, compatibilmente con le disposizioni dettate in materia dalla L. n. 241/90. Il Responsabile individua ulteriori misure di prevenzione, come il potenziamento o l'estensione, laddove realizzabile, dello strumento sopra descritto, in particolare valutando di affidare ad altro settore, rispetto a quello che gestisce il procedimento, la fase dei controlli (es. controlli sulle dichiarazioni

sostitutive), o la fase di esecuzione del contratto (responsabile dell'esecuzione del contratto), ed assicurando lo svolgimento delle suddette fasi in capo ad almeno due figure, in modo da favorire il coinvolgimento del personale all'interno di uno stesso Servizio, e garantire così forme di mutuo controllo, come suggerito dal PNA 2016 nella specifica sezione dedicata alla "rotazione" del personale.

LA FORMAZIONE

La formazione riveste una grande importanza nell'ambito della prevenzione della corruzione: fondamentale è la definizione dei contenuti minimi dei piani di formazione in tema di anticorruzione e dei criteri in base ai quali viene articolata l'offerta formativa. L'Istituto ha intrapreso adeguati percorsi di formazione su due livelli: un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, sull'aggiornamento delle competenze e sulle tematiche dell'etica e della legalità ed un livello specifico, rivolto al RPCT, a tutti i dirigenti e responsabili degli uffici.

I dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno delle aree indicate come a più elevato rischio di corruzione, hanno partecipato ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Tale percorso di formazione è stato indirizzato secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare dei contenuti della Legge 190/2012, degli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa oltre che di ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

I Dirigenti Responsabili, al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle suddette tematiche, dovranno organizzare presso le rispettive Unità Operative degli incontri formativi brevi nel corso dei quali gli operatori che hanno partecipato ai programmi di formazione aziendali, espongono le indicazioni essenziali apprese, assicurando così, la più ampia divulgazione dei temi relativi alla prevenzione e al contrasto della corruzione; di tali attività si dovrà dare riscontro al Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'Istituto, nella programmazione annuale delle attività formative per l'anno 2017, ha ritenuto necessario implementare la stessa con particolare riferimento agli obiettivi formativi relativi alla gestione dei siti web alla luce delle novità in materia di trasparenza e accesso civico dopo il D. Lgs. n. 97/2016 (FOIA).

L'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione, d'intesa con i Dirigenti delle singole UU.OO..

Le metodologie formative prevedono la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione: analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi ecc. La Formazione erogata nel 2017 è risultata appropriata sia in termini di contenuti che in termini di destinatari. E' stato coinvolto, in una prima fase, il personale dirigente e non, del ruolo amministrativo e tecnico, appartenente ai settori più esposti a rischio, e naturalmente il personale di supporto del RPCT. Si è svolta inoltre un'edizione di formazione specialistica rivolta al personale più direttamente coinvolto negli adempimenti.

La formazione prevista per il 2018 è stata articolata su un primo livello di informativa rivolto a tutto il personale, su un secondo livello più approfondito rivolto ai Dirigenti e ai Referenti dei vari settori, e su un terzo livello specialistico per il personale di supporto al RPCT. Oltre che gli aspetti legati a mappatura, monitoraggio e pubblicazioni, le varie edizioni hanno, in particolare, affrontato il tema della trasparenza alla luce del nuovo Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati.

Nel 2019 si è svolta la prevista formazione, rivolta ai dirigenti e ai referenti ed al personale di supporto al RPCT.

Nel 2020 e 2021, la prevista formazione settoriale, come progettata nel piano formativo aziendale, per consentire a ciascuna struttura l'approfondimento delle relative problematiche ed una

contestualizzazione più utile ai fini della risoluzione dei casi concreti tipici delle varie articolazioni organizzative, non si è svolta integralmente a causa dell'emergenza sanitaria che ha visto un rivoluzionamento anche nelle modalità di erogazione dei percorsi formativi.

Si riporta lo svolgimento di un corso in videoconferenza (organizzato dalla Digital PA), e proposto dal Servizio Provveditorato, sull'adempimento dell'art. 1 comma 32 L. 190/2012 e la partecipazione del RPCT e del personale di supporto alla Giornata della Trasparenza organizzata dalla Regione Autonoma della Sardegna in data 15.12.2021.

Per il triennio 2022-2024, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza rinnova l'impegno a favorire la necessaria formazione in materia.

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Premesso che il conflitto d'interesse è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) potrebbe interferire con l'abilità di un funzionario pubblico ad agire in conformità

con i suoi doveri e responsabilità (interesse primario), l'art. 1, comma 41, della L.n. 190/2012, che ha introdotto l'art.6 bis nella L. n° 241/90, rubricato "conflitto di interessi", ha stabilito che "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e controinteressati. Tale situazione di conflitto di interesse viene ribadita dall'art. 7 del Codice di comportamento integrativo dell'Istituto in cui è stabilito che: "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza. Qualora il dipendente ritenga di trovarsi di fronte ad un caso anche potenziale di conflitto di interessi che lo coinvolga direttamente deve darne tempestivamente comunicazione per iscritto, se ritiene in busta chiusa con la dicitura "riservato", al responsabile della struttura di appartenenza precisando le motivazioni che giustificano l'obbligo di astensione. Il responsabile della struttura verifica la fondatezza della segnalazione confrontandosi se ritiene col responsabile della prevenzione della corruzione e adotta i relativi provvedimenti."

Attraverso adeguati percorsi formativi, nonché idonee misure di pubblicità l'Istituto si impegna a dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione in casi di conflitto di interesse, dei comportamenti da seguire e delle conseguenze che scaturiscono dalla violazione della normativa.

SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

La L. n.190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. lgs. n.165/2001, poiché il cumulo sullo stesso dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Istituto può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico soggetto decisionale.

Tale concentrazione aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri, determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e creare situazioni dalle quali possono emergere fatti corruttivi. Al riguardo l'Istituto in adempimento a quanto previsto dalla legge 190/2012 si propone di adottare appositi regolamenti che individuino i criteri generali di conferimento e di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali e di valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche quelli potenziali in fase di istruttoria per il rilascio delle autorizzazioni.

La suddetta materia è stata oggetto di performance nel 2019 proprio al fine di elaborare un iter di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali più dettagliato ed efficace in termini di acquisizione di tutti gli elementi utili anche in termini di anticorruzione trasparenza. L'Ente si propone di implementare il suddetto iter e la relativa modulistica, solo parzialmente sperimentato nel 2020.

CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI

Il d.lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato: particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza; situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati e ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per i delitti contro la pubblica amministrazione.

Quanto sopra, poiché lo svolgimento di certe attività può agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e, quindi,

può comportare il rischio di un accordo corruttivo, col rischio di inquinare l'azione imparziale della pubblica amministrazione favorendo illeciti scambi di favori.

In caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportino responsabilità su aree a rischio di corruzione.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D.lgs. n. 39/2013.

Nel caso in cui le cause di inconferibilità non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la

contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

L'Istituto verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire l'incarico. Le condizioni ostative sono quelle previste dalla normativa, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive. L'accertamento avviene mediante dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità resa dall'interessato all'atto del conferimento dell'incarico, con successiva pubblicazione della stessa sul sito dell'Istituto ai sensi dell' art.20 D.lgs n. 39/2013.

INCOMPATIBILITÀ SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

Ai sensi del D.Lgs n. 39/2013, per “incompatibilità” si intende “l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico”.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei capi V e VI del D. Lgs.n.39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art.19 D. Lgs. n. 39/2013).

L'Istituto, pertanto, deve verificare la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei capi V e VI del D. lgs.n. 39/2013 per le situazioni ivi contemplate. Tale controllo deve essere effettuato:

- All'atto del conferimento dell'incarico;
- Annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

A tal fine, l'Istituto è tenuto ad assicurare che i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, con cadenza annuale.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Istituto ai sensi dell'art.20 D. Lgs. n. 39/2013.

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art.53 del D. Lgs. n. 165/2001 , con lo scopo di ridurre le situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, in quanto durante il periodo di servizio il dipendente potrebbe sfruttare la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Quindi, per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto si deve eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

I dipendenti sono quelli che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti

privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d. lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, anche in caso di collocamento in quiescenza, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli.

I soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Al fine di garantire quanto stabilito dalla normativa l'Istituto adotta le seguenti misure:

- Inserimento nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.
- Inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Istituto nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La L. n. 190/2012 ha introdotto l'incompatibilità per la prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici. Infatti, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma, infatti, prevede:

“ 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) Non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) Non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) Non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.lgs n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli

sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

La preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora passata in giudicato.

I soggetti interessati sono: i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui svolgano funzioni dirigenziali o siano titolari di posizioni organizzative).

La violazione della norma comporta l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

Pertanto, l'Istituto s'impegna a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi nei casi sopradetti .

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, L'Istituto:

- Si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- Applica le misure previste dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013,
- Provvede a conferire o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

L'Istituto s'impegna inoltre, ad adeguare i propri regolamenti su quanto stabilito dalla norma.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO

Il comma 51 della legge 190/2012 ha previsto l'inserimento dell'art.54-bis al D.Lgs.165/2001 concernente la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

La nuova disciplina prevede una particolare tutela in favore del pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro. Il dipendente non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, aventi effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia, ovviamente fuori dai casi di calunnia e/o diffamazione. La norma

ha la finalità di tutelare i dipendenti pubblici che denunciano illeciti alle autorità competenti o ai propri superiori gerarchici.

La tutela è assicurata mediante il divieto di rivelare il nome del denunciante, mediante la sottrazione della denuncia all'accesso e – come detto – il divieto di sanzionare, licenziare o sottoporre a misure discriminatorie il denunciante. L' identità del denunciante può essere resa nota solo ove ciò sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

L'Ente deve utilizzare ogni necessario accorgimento, anche di tipo informatico per ricevere tali segnalazioni, affinché venga tutelato il dipendente che le effettua e sia garantita la sua riservatezza. A tal fine, i Responsabili di tutte le UU.OO. dell'Ente , sono tenuti a individuare, all'interno di ogni singola struttura, canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni, la cui gestione deve essere affidata a un ristrettissimo nucleo di massimo tre persone; ad assegnare codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante; a utilizzare preferibilmente i modelli per le segnalazioni che saranno predisposti a cura del Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con l'U.P.D.

Tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e coloro che sono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, sono tenuti alla dovuta riservatezza. La violazione di tali obblighi di riservatezza, in quanto violazione di norme contenute nel P.T.P.C., comporta responsabilità disciplinare.

L'ANAC ha adottato con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 le «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti».

Il PNA 2016 riportava: “si sottolinea la necessità che la segnalazione, ovvero la denuncia, sia “in buona fede”: la segnalazione è effettuata nell’interesse dell’integrità della pubblica amministrazione; l’istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l’etica e l’integrità nella pubblica amministrazione.”

Lo stesso PNA 2016 prevedeva, inoltre, che l’Autorità si dotasse di una piattaforma Open Source basata su componenti tecnologiche stabili e ampiamente diffuse: “si tratta di un sistema in grado di garantire, attraverso l’utilizzazione di tecnologie di crittografia moderne e standard, la tutela della confidenzialità dei questionari e degli allegati, nonché la riservatezza dell’identità dei segnalanti. La piattaforma sarà messa a disposizione delle amministrazioni, consentendo così da parte di ciascuna di esse un risparmio di risorse umane e finanziarie nel dotarsi della tecnologia necessaria per adempiere al disposto normativo”.

L’Istituto, inizialmente coinvolto nell’iter intrapreso dalla Regione Autonoma della Sardegna per l’adozione di una procedura informatica atta ad ampliare le modalità di inoltro delle segnalazioni, ha valutato le varie opzioni disponibili sul mercato.

Nelle more del completamento dell’iter per l’acquisizione di un adeguato applicativo informatico a tutela del dipendente, l’Ente, alla luce della Legge n. 179 del 30.11.2017 . “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, e della Delibera ANAC 1033/2018 “Regolamento sull’esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro di cui all’art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”, si è impegnato a mettere in pratica, nell’eventualità di segnalazioni, qualsiasi misura possibile per garantire l’anonimato del segnalante e scongiurare azioni discriminatorie.

Nel 2019 l’Ente si è dotato di un applicativo informatico per la gestione del whistleblowing, accessibile dal sito web istituzionale.

PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

Il patto di integrità è un sistema di condizioni avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza e, quindi, un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo, volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L’ A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l’inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell’ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che “mediante l’accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell’offerta, infatti, l’impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara”.

A tal fine l’Istituto applica la disciplina del protocollo di legalità in materia di appalti pubblici come previsto dall’art.1, comma 17, della L. n. 190/2012. La determina del Direttore Generale n. 488 del 20.07.2015 ha approvato l’adozione di un patto d’integrità/legalità, redatto in base ai modelli forniti

dalla Regione Autonoma della Sardegna, da inserire nelle procedure di acquisizione di lavori, beni e servizi dell'Ente.

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'

Si riporta di seguito un primo programma di lavoro suscettibile di aggiornamenti:

ANNO 2022 ATTIVITA':

- Adozione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2022-2024 (PTPC) e relativa pubblicazione
- Divulgazione del piano PTPC
- Adeguamento obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n. 97/16
- Adeguamento dei piani performance agli obiettivi strategici previsti in materia di anticorruzione e trasparenza.
- Formazione (specialistica)
- Revisione del Codice di Comportamento alla luce delle linee guida ANAC in materia
- Verifica delle attività di mappatura delle procedure a rischio di corruzione
- Monitoraggio delle attività e verifica sulla conformità delle procedure
- Raccolta delle segnalazioni di elementi di rischio o comportamenti e condotte illecite in violazione dei codici di comportamento e disciplinare.
- Elaborazione della Relazione del RPCT

ANNO 2023 ATTIVITA':

- Revisione del PTPC
- Formazione
- Individuazione di ulteriori aree a rischio corruzione e mappatura dei relativi processi
- Monitoraggio delle attività e verifica sulla conformità delle procedure
- Raccolta delle segnalazioni di elementi di rischio o comportamenti e condotte illecite in violazione dei codici di comportamento e disciplinare - Elaborazione della Relazione del RPCT

ANNO 2024 ATTIVITA':

- Revisione del PTPC
- Formazione
- Individuazione di ulteriori misure di prevenzione della corruzione
- Monitoraggio delle attività e verifica sulla conformità delle procedure
- Raccolta delle segnalazioni di elementi di rischio o comportamenti e condotte illecite in violazione dei codici di comportamento e disciplinare.
- Elaborazione della Relazione del RPCT

La sottosezione in esame costituisce un documento dinamico, soggetto ad aggiornamento progressivo e costante anche in base all'esperienza che si maturerà nel tempo.

Pertanto, verrà aggiornata ogni qualvolta intervengano mutamenti significativi nell'organizzazione dell'Istituto, con integrazioni e modificazioni che nel tempo dovessero rendersi necessarie ed opportune, anche in base alle esigenze evidenziate dalle successive attività di mappatura e di valutazione del rischio, dagli effettivi strumenti di contrasto adottati e da quelli ulteriori da adottarsi, nonché dalle eventuali segnalazioni e proposte da parte dei Dirigenti Responsabili al RPCT.

Il Piano è pubblicato in Amministrazione Trasparente, nell'apposita sezione 'Prevenzione della Corruzione' contenuta all'interno della voce 'Altri Contenuti'.

2.3.2 Sezione del PTPCT per la Trasparenza e l'Integrità 2022 - 2024

La trasparenza assume rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione, ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come sancito dall'art. 1, co. 36 della Legge n. 190/2012.

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico nonché i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, integrità e lealtà, come ribadito dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lett. m) della Costituzione (art. 1, co.3, D. Lgs. n. 33/2013).

Divenuta un punto fondamentale nell'ambito dell'azione amministrativa grazie all'imposizione del regime di pubblicità obbligatoria nei confronti di alcune specifiche informazioni sui siti istituzionali di tutti gli enti pubblici, disposta con la L. n. 190/2012, tale principio è stato successivamente cristallizzato nel D. Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il Decreto Legislativo n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016, ha operato una significativa estensione dei confini della trasparenza intesa oggi come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

La trasparenza riveste un ruolo essenziale e strategico in funzione della prevenzione della corruzione, consentendo da una parte la tracciabilità dei procedimenti amministrativi e, dall'altra, una forma di rendicontazione dell'azione pubblica nei confronti degli interlocutori (stakeholders), che limita il rischio di annidamento di situazioni illecite in settori delicati dell'agire amministrativo. Come ribadito nei vari Piani Nazionali Anticorruzione, la trasparenza gioca un ruolo prioritario in quanto strumentale alla promozione dell'integrità ed allo sviluppo della cultura della legalità, e, pertanto deve essere in

questo contesto considerata una tra le più rilevanti misure di prevenzione.

Ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 02.05.2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza", all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) sono confluiti i contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI). Infine, l'art. 6, comma 2, lett. D, del D.L. n. 80 del 9.06.2021 (conv. con modificazioni con L n. 113 del 06.08.2021), ha previsto che il PTPCT confluisse nel PIAO (Piao Integrato di Attività e Organizzazione) e conseguentemente con Delibera n. 1 del 12.01.2022 dell'ANAC è stato differito il termine per l'adozione e la pubblicazione del PTPCT 2022-2024 al 30.04.2022. Questa novità legislativa mira al rafforzamento delle capacità amministrative delle pubbliche amministrazioni ridisegnandone la gestione pianificatoria attraverso un piano integrato che dovrebbe assicurare la qualità e la trasparenza, migliorare la qualità dei servizi erogati e garantire il diritto di accesso.

La presente sezione descrive gli obblighi di trasparenza che, nell'ambito delle azioni finalizzate a ridurre i casi di corruzione, si traducono in misure di prevenzione che l'Istituto intende realizzare nel periodo di riferimento del presente PTPCT (art. 1, comma 8 della L. n. 190/2012, come sostituito dall'art. 41 del D. Lgs. n. 97/16).

L'Istituto, in ottemperanza agli adempimenti normativi, ha predisposto sul proprio sito istituzionale la sezione "Amministrazione Trasparente" accessibile dalla home page. Tale sezione è il principale e più immediato strumento per l'accessibilità alle informazioni della pubblica amministrazione e all'interno delle sottosezioni sono contenuti i dati, le informazioni ed i documenti da pubblicare ai sensi della normativa vigente. Accedendo alla pagina "Amministrazione Trasparente" il cittadino viene proiettato nel cosiddetto "Albero della Trasparenza", un indice standardizzato che lo guida nell'accesso a un numero vastissimo di informazioni che riguardano l'operato dell'ente e dei suoi dipendenti.

Allegata al presente PIAO si può consultare la tabella riassuntiva con l'elenco degli obblighi di pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente" (Allegato n. 2), adeguata all'impostazione della Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, con l'indicazione puntuale dei contenuti dell'obbligo:

- Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie);
- Denominazione sottosezione livello 2 (Tipologie di dati);
- Riferimento normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;
- Aggiornamento/ cadenza degli aggiornamenti;
- Struttura competente alla produzione;
- Struttura competente alla pubblicazione;
- Modalità di pubblicazione;
- Non applicabilità dell'obbligo;
- Note.

All'interno di questa sezione sono individuate, ai sensi degli artt. 10 e 43, comma 4, del D. Lgs n. 33/2013, misure e strumenti attuativi degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla disciplina vigente atti ad assicurare l'attuazione regolare e tempestiva dei dati ed a garantire la massima trasparenza possibile. In particolare, specificando le azioni e gli strumenti finalizzati a:

- specificare gli obiettivi strategici in materia di trasparenza;
- individuare ulteriori misure di trasparenza non previste dalla normativa vigente;
- migliorare la gestione dell'attività relativa all'accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato.

PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE TRASPARENZA

In occasione dell'aggiornamento del PTPCT, è stata seguita la procedura più rispondente all'esigenza di coinvolgere il maggior numero di interlocutori con:

1. l'invio di una nota a cura del RPCT rivolta a tutti i Dirigenti/Responsabili, a tutti i Referenti per la Trasparenza nominati e, per conoscenza al Consiglio di Amministrazione, Direttori e componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (Prot. n. 1738 del 30.03.2022) contenente l'invito a controllare ed eventualmente segnalare anomalie o proporre modifiche in particolare alla tabella allegata al PTPCT 2021-2023 riassuntiva degli obblighi di pubblicazione consultabile nella sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente";
2. pubblicazione in data 24.03.2022 sulla pagina intranet dell'Istituto accessibile a tutti i dipendenti dell'Ente di un Avviso pubblico per la presentazione delle osservazioni per l'aggiornamento del PTPCT 2021-2023;
3. pubblicazione in data 24.03.2022 sulla Home page del sito istituzionale, nella sezione "Primo piano", dell'Avviso pubblico di cui sopra, nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders), con indicazione della possibilità di presentare osservazioni tramite l'indirizzo di posta e-mail urp@izs-sardegna.it, messa a disposizione di un modello per la presentazione delle segnalazioni e la precisazione che tale modalità è utilizzabile in qualsiasi momento in quanto il Piano viene concepito come uno strumento in continua evoluzione e sempre passibile di miglioramento;
4. pubblicazione in data 24.03.2022 sul sito internet istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente su "Altri contenuti" nello spazio dedicato alla "Prevenzione della corruzione".

Non è pervenuta dall'esterno nessuna osservazione né comunicazione in occasione degli avvisi pubblicati nel mese di aprile 2022.

INDIVIDUAZIONE DEGLI UFFICI E DEI DIRIGENTI COINVOLTI

Il RPCT ha il compito di controllare il procedimento di elaborazione e di aggiornamento della presente sezione. Al tal fine, promuove e cura il coinvolgimento dei vari settori dell'Ente. Svolge un'attività di monitoraggio e controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, provvedendo alle dovute segnalazioni.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) esercita a tal fine un'attività di impulso, nei confronti degli organi politico-amministrativi e del RPCT per l'elaborazione della Sezione. L'OIV verifica

altresì l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità (Delibera Civit n. 2/2012). Verifica la coerenza tra gli obiettivi del PTPCT-Sezione Trasparenza e del Piano della Performance. Rileva e attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione entro i diversi termini prescritti da ANAC.

Ai Dirigenti dell'Ente compete la responsabilità dell'adempimento dei contenuti della presente sezione come individuati nella tabella allegata. In quest'ultima sono evidenziate le strutture dell'Istituto coinvolte nel programma triennale della trasparenza aggiornato al nuovo processo di riassetto istituzionale a seguito della riorganizzazione dell'Ente e dell'adeguamento alla tabella riassuntiva degli obblighi di pubblicazione allegata alla Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016.

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Risultati ottenuti nel triennio precedente

Come meglio specificato nei punti che seguono, nel corso del 2021 sono stati perseguiti tutti gli obiettivi strategici fissati nel PTPCT 2021-2023. Gli stessi vengono riproposti e sviluppati anche nel triennio 2022- 2024 in quanto, per loro natura, hanno portata pluriennale oltre ad essere oggetto nel corso degli anni ad una continua evoluzione.

Nel corso del triennio 2016-2018 nell'ambito delle Performance fissate per il Servizio Affari Generali-URP è stata creata una rete di supporto al RPCT per favorire un raccordo sinergico di collaborazione all'interno dell'Istituto, come richiesto dai Piani Nazionali Anticorruzione, da ultimo il PNA 2019 (Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019). Tale sistema si è strutturato con la nomina dei Referenti per la Trasparenza in tutti i Servizi amministrativi e si è sviluppato nell'attività del Servizio AA.GG. con un impegno di studio ed approfondimento basata sul coordinamento, assistenza ed affiancamento nei confronti del personale che si occupa della Sezione Amministrazione Trasparente. I Referenti hanno avuto inoltre una formazione particolare e differenziata insieme ai Dirigenti responsabili.

Nel corso dell'anno 2018 sono pervenute segnalazioni dai Referenti per la Trasparenza, che hanno confermato utilità della nomina di tali figure oltre che per la condivisione con il Dirigente dell'approfondimento e dell'organizzazione delle misure necessarie anche per la implementazione della sensibilizzazione della tematica della trasparenza amministrativa. Tali interventi hanno portato alla predisposizione di una nota del RPCT di precisazione sulla tabella delle obbligazioni delle pubblicazioni, misure che sono state oggetto delle modifiche per la stesura del Piano triennale precedente.

Durante il 2019 sono state implementate le attività di carattere generale del triennio precedente come specificato nel paragrafo 2.2.4 della presente sezione al quale si rimanda.

Nonostante tutte le difficoltà legate all'emergenza pandemica che ha comportato la riorganizzazione del lavoro prevalentemente in modalità smart working, durante il 2020 e parte del 2021 sono stati conseguiti diversi importanti risultati nel campo dell'informatizzazione, sotto l'aspetto formativo e da un punto di vista del monitoraggio di cui si darà conto nello specifico nei paragrafi di riferimento della presente sezione.

Nel corso del 2021 con la nomina della nuova Direzione Aziendale si è dato inizio ad una fase della gestione dell'Istituto caratterizzata da un percorso di revisione del modello organizzativo, rispetto al quale il ciclo della performance risulta essere di importanza strategica per garantirne un adeguato e coerente impulso al suo sviluppo e alla sua realizzazione.

Durante l'anno 2021 si è intrapreso un percorso di valutazione ed approfondimento per l'implementazione di alcune sezioni di Amministrazione Trasparente, che verranno, nel corso del prossimo triennio alimentate anche sulla base dello sviluppo delle attività dell'Istituto e della riorganizzazione del controllo di gestione.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Con Determina del Direttore Generale n. 116 del 7.02.2022 è stato approvato il Piano Strategico 2022-2024 dell'IZS della Sardegna, precedentemente sottoposto e condiviso con il Consiglio di Amministrazione con Delibera n. 1.1 del 02.02.2022, che presenta le linee di sviluppo dei prossimi tre anni e che si articola in sei principali traiettorie riguardanti la One Health, il potenziamento dei Centri di Referenza Nazionale, della Ricerca e formazione, la produzione di presidi immunizzanti, la sostenibilità ambientale e l'ottimizzazione della governance e dell'organizzazione. Lo stesso è stato pubblicizzato sul sito istituzionale e presentato condiviso con Istituzioni, stakeholder e fondamentali partner dell'Istituto il 17.03.2022 presso l'Aula magna della sede storica dell'Università degli Studi di Sassari.

Come naturale e coerente specificazione del Piano Strategico 2022-2024 è stato elaborato il Piano Triennale della performance 2022-2024 adottato con Determina del Direttore Generale n. 215 del 17.03.2022 e approvato dal CdA con delibera n. 2.2 del 23.03.2022.

Per quanto attiene l'ambito della Trasparenza, l'Istituto si prefigge nel triennio 2022-2024 i seguenti obiettivi strategici:

- Implementazione e messa a regime della cd. "Trasparenza totale" con armonizzazione con la disciplina uniforme del Sistema Regione individuata dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- Studio e sviluppo di adeguate soluzioni informatiche per la gestione, semplificazione e automatizzazione delle pubblicazioni e della trasparenza;
- Ricerca, sperimentazione e implementazione di nuove forme di pubblicazioni ulteriori sia del portale "Amministrazione Trasparente" che del sito istituzionale;
- Promuovere azioni di sensibilizzazione, implementare la formazione per favorire la trasparenza;
- Riorganizzazione della rilevazione sulla soddisfazione da parte degli utenti.

MISURE ORGANIZZATIVE

Individuazione Responsabili e Referenti per la Trasparenza

L'incarico di Responsabile della Trasparenza è stato affidato al Dott. Giovanni Deriu, con Determina n. 423 del 30.06.2015. Il nominativo del RPCT, la determina di nomina e il Curriculum contenente l'indirizzo e-mail per eventuali comunicazioni sono stati pubblicati nella Sezione Amministrazione Trasparente su "Altri contenuti" nella parte dedicata alla "Prevenzione della Corruzione".

Le indicazioni della presente sezione sulla trasparenza saranno attuate da tutti i Dirigenti/Responsabili coinvolti, così come individuati nell'allegata Tabella, attraverso il coordinamento del Responsabile per la Trasparenza.

a. Dirigenti responsabili della trasmissione dei dati

Nella trasmissione dei dati previsti nella presente sezione sono coinvolti tutti i Dirigenti dell'Ente, responsabili delle strutture indicate nell'allegato, ciascuno con riferimento specifico ai procedimenti di propria competenza. La trasmissione dei dati, inoltre, dovrà essere improntata ai principi di correttezza, veridicità e attendibilità delle informazioni fornite, con la precisazione che ciascun Dirigente ha il compito di trasmettere il tempestivo aggiornamento dei dati, per i quali siano intervenuti modifiche sopravvenute. Il tutto a garanzia dell'attualità di quanto comunicato. Nella pubblicazione dei dati, resta inteso il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, in particolare garantire il controllo che i dati siano pertinenti rispetto alle finalità in coerenza con il principio di minimizzazione.

I Dirigenti dovranno inoltre:

- rimuovere i dati, i documenti o le informazioni decorso il periodo dell'obbligo di pubblicazione di cui all'articolo 8 del D. Lgs. n. 33/2013 o di altre disposizioni previste nel medesimo decreto per specifici adempimenti;
- garantire l'interpretazione e l'applicazione della normativa relativa al settore di competenza, individuando idonee modalità di pubblicazione;
- Fornire supporto al RPCT e fornire informazioni e motivazioni in merito alle scelte operate.

b. Dirigenti responsabili della pubblicazione e l'aggiornamento dei dati

Il coordinamento ed il monitoraggio della pubblicazione dei dati saranno garantiti dal Responsabile della Trasparenza e dalla Struttura Semplice Sistemi Informatici e Telematici.

c. Referenti per la trasparenza

Ogni struttura coinvolta deve individuare, oltre al proprio dirigente responsabile, almeno un collaboratore interno quale Referente per la Trasparenza al quale il Responsabile della Trasparenza potrà rivolgersi per ottenere dati, informazioni ed aggiornamenti.

Nel corso del 2021 il numero dei referenti è salito a 13, coprendo interamente tutti i Servizi amministrativi e le segreterie della Direzione.

Ogni Referente per la trasparenza ha il compito di:

- Supportare il RPCT ed i dirigenti responsabili delle pubblicazioni di competenza della struttura di riferimento, al fine di garantire il tempestivo assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- Collaborare con il RPCT nelle attività di monitoraggio e di controllo previste;
- Informare tempestivamente il RPCT di eventuali criticità rilevate in merito agli adempimenti degli obblighi in materia di trasparenza.

d. Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Sistemi Informatici e Telematici

Il Responsabile della Struttura Semplice Sistemi Informatici e Telematici deve:

- Gestire la sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale in adempimento alla normativa vigente in materia di trasparenza;
- Individuare idonee ed adeguate soluzioni informatiche per le attività del RPCT;
- Garantire che le soluzioni tecnologiche adottate supportino adeguatamente la pubblicazione tempestiva dei dati, delle informazioni e dei documenti da parte delle strutture responsabili della pubblicazione;
- Favorire ed incentivare la pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 33/2013 mediante l'utilizzo di formati di tipo aperto.

PERSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI SULLA TRASPARENZA

Implementazione e messa a regime della cd. “Trasparenza totale”, con armonizzazione con la disciplina uniforme del Sistema Regione individuata dalla Regione Autonoma della Sardegna

La prima forma di accesso è entrata in vigore con la legge n. 241/1990 con l'obiettivo di mettere in condizione i soggetti interessati di conoscere atti, documenti o informazioni specifiche utili a difendere al meglio i propri interessi. Con il D. Lgs. n. 97/2016 l'accesso agli atti amministrativi in Italia ha una nuova regolamentazione, il cosiddetto FOIA italiano (Freedom of Information Act, dal nome della prima legge americana pioniera della trasparenza). Le vie dell'accesso sono tre: 1. Accesso Documentale – Accesso agli atti (Capo V della legge 7 agosto 1990, n. 241); 2. Accesso Civico (art. 5, comma 1, D. Lgs. n. 33/2013); 3. Accesso Civico Generalizzato (art. 5, comma 2, D. Lgs. n. 33/2013).

Le modalità e le caratteristiche di ogni singola tipologia di accesso sono state specificate e pubblicate nella Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso civico.

In attuazione delle Linee Guida ANAC recanti indicazioni operative (Delibera n. 1309 del 28.12.2016) e della circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2017 avente ad oggetto “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA), nel corso del 2018 è stato approntato il Registro degli accessi relativo all’accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato che è stato annualmente pubblicato su Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso Civico del sito istituzionale. Per quanto attiene l’implementazione della cd. “Trasparenza totale” ed in particolare dell’applicazione della normativa sul diritto di accesso, è proseguita l’attività di registrazione.

Le Linee Guida ANAC raccomandano appunto la creazione di un Registro degli accessi con il fine di favorire:

- a) una raccolta organizzata delle richieste pervenute;
- b) un monitoraggio interno delle richieste e dei loro esiti al fine di favorire un’armonizzazione delle decisioni su istanze identiche o simili;
- c) una consultazione da parte dei cittadini.

Come stabilito nel PTPCT 2020-2022 nel corso del 2020 si è provveduto al primo monitoraggio annuale sull’accesso con particolare attenzione al rispetto delle tempistiche previste, della rilevazione delle criticità e la segnalazione delle disfunzioni. Coerentemente con il Piano Triennale è stato presentato il MATA (Monitoraggio Annuale sulle Tempistiche degli Accessi) relativo all’anno 2021 previsto nel paragrafo 3.3 del PTPCT 2021-2023 sul Monitoraggio, con prot. n. 2062 del 13.04.2022.

Il monitoraggio si è concluso con una Relazione di analisi dei dati raccolti che ha messo in evidenza i fattori che creano rallentamenti e difficoltà nella gestione delle procedure, nella stessa sono state presentate proposte di intervento per migliorare l’attività di risposta alle istanze di accesso, nonché la possibilità di ridurle numericamente sulla base ad una verifica incentrata sugli argomenti oggetto delle stesse. Dagli esiti del monitoraggio verranno stabiliti dei cambiamenti che stanno coinvolgendo tutti gli operatori coinvolti, sviluppo che favorirà una maggiore chiarezza nelle fasi più delicate e una ulteriore sensibilizzazione sul tema.

In occasione del monitoraggio del 2020 e 2021 sono state individuate delle azioni correttive rispetto a delle criticità riscontrate messe in atto con la trasmissione di note interne per la gestione della procedura delle richieste di accesso, come di seguito specificate: Prot. n. 1871 del 12.04.2021 e Prot. n. 62 del 05.01.2022.

Nel corso del prossimo triennio proseguirà l’azione di monitoraggio annuale del rispetto delle tempistiche previste, prendendo sempre in considerazione come indicatore il numero dei casi che rispettano la tempistica/il numero totale di casi; il target previsto è il 100%.

- Misura: Il rispetto delle tempistiche sulle istanze di accesso.

Indicatore: n. dei casi che rispettano la tempistica/n. delle richieste di accesso, Obiettivo: 1;

Tipologia	Indicatore di risultato
Obiettivo	Migliorare la gestione del processo interno all’amministrazione degli accessi
Benefici attesi	➤ Possibilità di individuare un indicatore di impatto per verificare nel tempo i miglioramenti ottenuti con l’attività di monitoraggio
Descrizione	L’indicatore rappresenta la percentuale di corretta evasione di una pratica amministrativa
Valore atteso	1

Modalità di rilevazione	Valore indicatore = $100 \times (N/D) \times (1/va)$ (N) Numeratore: totale delle risposte agli accessi che rispettano le tempistiche (D) Denominatore: totale degli accessi (va) valore atteso: 1
Frequenza rilevazione	Annuale

Cronoprogramma monitoraggio

Attività	Data inizio	Data fine	Responsabile	Risultato atteso
Monitoraggio Annuale sulle Tempistiche dell'Accesso (MATA)	01.01.2022	31.12.2022	Struttura Semplice a Valenza Aziendale Affari Generali - URP -	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Risparmio dei tempi previsti dalla procedura ➤ Facilitare le fasi legate allo specifico processo amministrativo ➤ Correggere le disfunzioni del processo ➤ Sensibilizzare tutti i Servizi coinvolti ➤ Disponibilità di dati rilevanti per identificare le esigenze conoscitive di dipendenti e dei cittadini (proattivo)

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Regolamento europeo sulla privacy 2016/679 (GDPR) il 25.05.2018 è stato nominato il DPO/RPD (Data Protection Officer/Responsabile della protezione dei Dati), il cui nominativo è stato regolarmente pubblicato su Amministrazione Trasparente. Lo stesso nel corso del 2018 e del 2019 ha organizzato numerosi incontri distribuiti su tutto il territorio regionale rivolti a tutto il personale dell'Ente in adempimento alla formazione obbligatoria ai sensi dell'art. 29, RGPD e dell'art. 2 - quaterdecies, D. Lgs. 101/2018 (decreto di adeguamento che modifica il Codice della Privacy, D. Lgs. n. 196/03).

Nel corso del prossimo triennio continuerà la gestione coordinata delle diverse tipologie di accesso che dovrà essere regolamentata in armonia con la disciplina del Sistema Regione in attuazione della direttiva approvata con Deliberazione della Giunta Regionale n. 55/1 del 2017 e Deliberazione della Giunta Regionale 16 .02.2022, n. 5/30. Direttiva in materia di diritto di accesso ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e del decreto legislativo

In argomento si sottolinea che l'art. 46 del D. Lgs. n. 33/2013, modificato dalla Legge di bilancio, L. n. 160/2019 all'art. 1, co. 163, attualmente prevede che l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente ed il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico (al di fuori delle ipotesi in cui tale accesso è limitato o precluso, secondo quanto prevede l'art. 5-bis del medesimo Decreto legislativo) costituisca elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale, cui applicare la sanzione di cui all'art. 47, comma 1-bis riscritto dalla medesima legge. Rimane immutata la previsione che tali inadempimenti inoltre costituiscano eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine delle P.A. e siano comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

L'art. 6, comma 1, del D.L. n. 80 del 9.06.2021 (conv. con L n. 113/2021), ha previsto nel PIAO (Piao Integrato di Attività e Organizzazione) lo strumento “per assicurare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso” nelle forme ulteriori rispetto a quelle classiche basate sulla trasformazione digitale.

Studio e sviluppo di idonee soluzioni informatiche a supporto delle pubblicazioni e della trasparenza

Il binomio “trasparenza e digitalizzazione” si rafforza ineludibilmente al punto che i due concetti non possono più viaggiare separati, ma progredire di pari passo in un rapporto di strumentalità tale che l'informatizzazione diventa funzionale alla promozione della trasparenza non solo come uno dei criteri guida dell'azione amministrativa, ma anche nelle sue ulteriori funzioni attuative della prevenzione alla corruzione nonché un vero e proprio servizio informativo verso la collettività che favorisce una maggiore partecipazione democratica. Il CAD (D. Lgs. N 82/2005 e successive modifiche) rappresenta un punto fondamentale per la transizione verso un nuovo modello di trasparenza in quanto dall'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione costituisca un mezzo di effettiva assicurazione del principio della trasparenza con la forte tendenza all'implementazione della trasparenza informatica da perseguire attraverso i più moderni mezzi di comunicazione capaci di rendere disponibile l'informazione ad un numero indefinito di soggetti che possono fruirne in ogni momento e da luoghi fisici diversi.

Basti citare uno dei criteri direttivi della Legge delega n. 124/2015 come alto valore innovativo: “la ridefinizione e semplificazione dei procedimenti amministrativi, in relazione alle esigenze di celerità dei tempi e trasparenza nei confronti dei cittadini e delle imprese, mediante una disciplina basata sulla loro digitalizzazione e per la piena realizzazione del principio innanzitutto digitale (digital first), nonché dell'organizzazione e delle procedure interne a ciascuna amministrazione” (In attuazione della delega il Governo ha emanato il D. Lgs. n. 179/2016 e D. Lgs. n. 217/2017).

Uno degli obiettivi dell'Istituto è di individuare delle soluzioni di sviluppo di servizi informatici che permettano di garantire l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente allo scopo di renderli automatici, completi, sicuri e più semplici.

Le soluzioni di cui sopra risultano estremamente necessarie in particolar modo per la gestione della Sezione, su Amministrazione Trasparente, “Bandi di Gara e contratti” che in aggiunta a tutti gli adempimenti richiesti in materia risulta essere gravosa da eseguire senza procedure informatiche adatte. L'auspicio formulato lo scorso anno nel PTPCT dell'utilizzo di un sistema informatico che permetta di impostare i vari adempimenti normativi compresi gli obblighi di pubblicazione sulla sezione “Amministrazione Trasparente” e quelli relativi alle comunicazioni obbligatorie, direttamente nella fase di formazione dell'atto amministrativo di approvazione è stato concretizzato nel 2020 attraverso i seguenti interventi:

- l'attivazione di un apposito modulo “Adempimenti art. 1 c. 32 L. 190/2012” a cura della DigitalPa, per utilizzare un applicativo informatico aggiornato all'ultima versione delle specifiche tecniche fornite dall'ANAC alla fine del 2019 accessibile dalla home page della Piattaforma di e-procurement dell'Istituto che garantirà la pubblicazione periodica su

Amministrazione Trasparente. Per formare il personale interessato è stato organizzato dal Servizio Provveditorato un evento formativo il 13.05.2020, in modalità video conferenza, vista la situazione di emergenza sanitaria dovuta al Covid 19;

- creazione da parte del CED, in collaborazione del Servizio Provveditorato, di un automatismo per garantire la pubblicazione delle determine nella sezione “Bandi di gara e contratti” sottosezione “Determina a contrarre/atto equivalente” attivabile direttamente durante la creazione della proposta di determine dall’operatore incaricato;
- creazione da parte del CED, in collaborazione del Servizio affari Generali - Urp, di un automatismo per garantire la pubblicazione delle determine nella sottosezione “Provvedimenti organo indirizzo politico” che si realizza direttamente in fase di pubblicazione delle Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione all’Albo Pretorio Informatico;
- creazione da parte del CED, in collaborazione del Servizio affari Generali - Urp, di un automatismo per garantire la pubblicazione delle determine nella sottosezione “Provvedimenti dirigenti amministrativi” che si realizza direttamente in fase di pubblicazione delle Determine del Direttore Generale all’Albo Pretorio Informatico.

Nel corso dei prossimi trienni saranno realizzate ulteriori iniziative per favorire la pubblicazione automatica di ulteriori adempimenti.

Lo sviluppo informatico dovrà necessariamente uniformarsi agli adempimenti posti a carico delle pubbliche amministrazioni in tema di accessibilità intesa come “capacità dei sistemi informatici, nelle forme e nei limiti consentiti dalle conoscenze tecnologiche, di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari” come previsto dalla L. 9.01.2004 n. 4 (Legge Stanca) e dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 106 “Riforma dell’attuazione della direttiva (UE) 2016/2102 relativa all’accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici”.

L’art. 6, comma 2, lettera f) del D.L. n. 80 del 9.06.2021 (conv. con L. n. 113/2021), ha previsto che nel PIAO (Piao Integrato di Attività e Organizzazione) debbano essere annualmente definite “le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità” allo scopo di accrescere il valore pubblico generato dall’attività della pubblica amministrazione in base al proprio target di utenti. In base all’applicazione della L. n. 4/2004 l’AgID attiva meccanismi di controllo e verifica, come la dichiarazione di accessibilità che l’Istituto pubblica su Amministrazione Trasparente.

Particolare attenzione è stata data a tali argomenti nel corso della Giornata della Trasparenza della RAS con diversi spunti di riflessione utili per il miglioramento delle configurazioni necessarie a fornire informazioni fruibili senza discriminazioni.

A tale proposito si rinvia alla lettera d) del paragrafo 2.1.1 della presente sezione.

Individuazione di DATI ULTERIORI

Prosegue, in linea con quanto stabilito dall’art. 10, co. 3, del D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, il perseguimento dell’obiettivo strategico della promozione di maggiori livelli di

trasparenza, anche attraverso la pubblicazione di “dati ulteriori”.

Il RPCT verificherà la possibilità di pubblicare ulteriori dati, coerentemente con la “mission” istituzionale dell’Istituto, di interesse comune per attuare una maggiore partecipazione ed una più adeguata condivisione con gli utenti e si impegna ad esporre i dati, rispettando le disposizioni nazionali ed europee in materia di segreto di Stato, di segreto d’ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.

Restano fermi i limiti alla diffusione ed all’accesso alle informazioni previste dalla normativa vigente nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale così come sancito e prescritto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito DGPR) e del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, le cui disposizioni sono esplicitamente richiamate al Decreto Trasparenza. A tale proposito nel corso del 2018 è stato richiesto il parere del DPO/RPD (Data Protection Officer/Responsabile della protezione dei Dati) sui criteri da utilizzare per la tutela della Privacy proprio in relazione della sezione “Dati ulteriori” dell’Amministrazione Trasparente.

Supporto, formazione e promozione della trasparenza

Come precedentemente indicato nel paragrafo 1.3.1 “Risultati ottenuti nel triennio precedente” della presente sezione, nel corso del triennio 2016-2018 nell’abito delle Performance promosse e progettate dal Servizio Affari Generali-URP è stata creata una rete di supporto al RPCT strutturata anche con la nomina dei Referenti per la Trasparenza in quasi tutti i Servizi amministrativi. In tale contesto si è sviluppato un sistema di condivisione che ha favorito il coinvolgimento e diffusione della consapevolezza sulla normativa della trasparenza e della sua conoscenza con l’attività del Servizio AA.GG. attraverso la condivisione dello studio ed approfondimento di numerose tematiche specifiche sulle pubblicazioni obbligatorie basata sul coordinamento, assistenza ed affiancamento nei confronti del personale che si occupa della Sezione Amministrazione Trasparente e che ha collaborato ed aderito a tale percorso formativo interno. Nel corso di tutto l’anno 2018 il personale del Servizio ha fornito la consulenza a tutto il personale interessato anche con la finalità di sensibilizzare e diffondere le tematiche relative alla “trasparenza”, uniformare la modulistica utilizzata per le dichiarazioni e le attestazioni.

Durante il biennio 2018-2019 il Servizio AA.GG.-URP nell’ambito della chiusura del triennio di performance di cui sopra ha proposto e coordinato in qualità di Responsabile Scientifico tre diverse modalità formative indirizzate a tre livelli differenti di interlocutori a seconda del coinvolgimento nelle tematiche legate alla trasparenza inserite nei rispettivi Piani Formativi Aziendali:

- un percorso particolarmente specializzato per il personale di supporto: dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza per il personale di supporto al RPCT” sviluppatosi in tre moduli (I Modulo svolto in data 12.10.2018 – II Modulo 08.05.2019 – III Modulo 24.09.2019) avente come programma delle tematiche condivise con i docenti basate sull’analisi delle criticità emerse anche in sede di affiancamento dei Servizi che hanno collaborato con il Servizio AA.GG.-URP ,
- uno rivolto ai Dirigenti ed ai Referenti per la Trasparenza: dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza per dirigenti e referenti amministrativi” svoltosi il 04.06.2019 durante il quale

sono state espone dal docente anche le tematiche approfondite durante la formazione specializzata di cui sopra direttamente con i dirigenti e referenti presenti; mentre il corso dal medesimo titolo ma rivolto a tutti i referenti ed ai dirigenti amministrativi e non si è tenuto in due edizioni il 25.10.2018 e 29.11.2018

- ed il terzo rivolto a tutto il personale dell'Ente: dal titolo "Giornata informativa su anticorruzione e trasparenza" si è tenuto in tre diverse edizioni il 22-25-29 ottobre 2018.

Particolare attenzione è stata posta nel nominare i Referenti della Trasparenza in tempo utile per partecipare alla formazione del livello adeguato. Tutti i percorsi formativi di cui sopra, in quanto inseriti nei PFA di competenza sono stati organizzati dal Servizio Formazione con questionario di apprendimento e di gradimento finale.

Nel corso degli anni successivi la richiesta formativa sarà coordinata dal RPCT che valuterà le segnalazioni pervenute dai Dirigenti responsabili su specifiche tematiche relative alle pubblicazioni obbligatorie su Amministrazione Trasparente, sulla trasparenza in senso più ampio e sull'anticorruzione in generale.

Durante il l'anno 2020, a causa delle difficoltà tecnico-organizzative riscontrate a seguito dell'emergenza sanitaria Covid-19, non è stato possibile coprire l'intero fabbisogno formativo come previsto nel PTPCT e nel Piano Formativo Aziendale. Nonostante la difficile situazione caratterizzata da una modalità operativa nuova della prestazione lavorativa in "smart working" (telelavoro) della maggior parte dei dipendenti è stata comunque svolta la seguente attività formativa:

1. il 13.05.2020, si è realizzato in modalità video conferenza, uno specifico evento formativo, a cura della DigitalPa, per formare il personale interessato per l'attivazione di un apposito modulo "Adempimenti art. 1 c. 32 L. 190/2012" della Piattaforma e-procurement con aggiornamento quadrimestrale;
2. un esigenza formativa presente nel PFA manifestata dal Servizio Affari Generali e dalle Accettazioni è stata ampliata a tutti gli operatori del comparto che in frangenti diversi hanno rapporti con l'utenza esterna creando, interamente in modalità on line (FAD sincrona) su piattaforma Microsoft Teams, un Progetto Formativo Aziendale affidato alla Agape Consulting s.a.s. di Fancellu Massimo, dal titolo "La gestione del Front-Office" avente finalità di acquisire competenze nella gestione e nel supporto all'utenza, diviso in tre edizioni, per un totale di 85 partecipanti effettivi ed un totale di 26 ore formative a persona, delle quali una giornata dedicata interamente alla "Trasparenza e Privacy". La modalità di erogazione sperimentale ha comportato un notevole impegno del Servizio Formazione, del CED, dei dipendenti collegati dalle proprie abitazioni e dei relativi servizi di appartenenza, sforzo comportato anche dall'inevitabile ripartizione in varie giornate di un evento che, dato l'alto livello di interazione necessaria per risultare proficuo ed efficace, organizzato in presenza, richiederebbe normalmente soli tre giorni.

Inoltre, verrà valutata, in caso di modifica del Codice di Comportamento dell'Istituto, la possibilità di specificare meglio le responsabilità dei dipendenti nell'ambito degli adempimenti relativi alla Trasparenza.

Nel corso del 2021 l'Istituto ha partecipato alla Giornata della Trasparenza 2021 organizzato dell'ufficio del RPCT della Regione Autonoma della Sardegna, aperta a tutti i Responsabili del Sistema Regione, dirigenti e personale coinvolto, occasione di confronto, discussione e riflessione dedicata alla

promozione di una cultura amministrativa orientata all'accessibilità totale, all'integrità ed alla legalità. All'evento sono intervenuti oltre al Responsabile e il servizio di supporto regionale, il Segretario Generale della Regione, il Presidente ed i componenti dell'Organismo Interno di Valutazione della RAS, gli uffici RPCT di ARGEA, ENAS e LAORE, e la Presidente Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti. Inoltre, è stato illustrato il nuovo codice di comportamento del personale del Sistema Regione e delle società partecipate della Regione Autonoma della Sardegna (DGR n. 43/7 del 29.10.2021).

Durante l'anno 2021 è stata creata una sezione della Intranet aziendale interamente dedicata alla Trasparenza per permettere a tutti i dipendenti di accedere con facilità alla documentazione, alle note interne, indicazioni sulle Attestazioni OIV, con una sottosezione dedicata all'accesso agli atti.

L'art. 6, comma 1, del D.L. n. 80 del 9.06.2021 (conv. con L n. 113/2021), ha previsto nel PIAO lo strumento "per assicurare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso" nelle forme ulteriori rispetto a quelle classiche basate sulla trasformazione digitale.

In coerenza con il Piano Strategico 2022-2024 (Det. del Direttore Generale n. 116 del 7.02.2022) e del Piano Triennale della performance 2022-2024 (Det. del Direttore Generale n. 215 del 17.03.2022 – Del. CdA n. 2.2 del 23.03.2022) si riportano gli obiettivi individuati per il prossimo triennio allo scopo di promuovere maggiori livelli di trasparenza, formazione e comunicazione all'interno dell'obiettivo strategico pluriennale della sezione trasparenza del PTPCT "Supporto, formazione e promozione della trasparenza".

Cronoprogramma triennale "Piano della comunicazione"

Attività/Indicatore	Data inizio	Data fine	Risultato atteso	Obiettivo Performance
Stesura del PIANO DELLA COMUNICAZIONE e attuazione rispetto a tutti i canali disponibili e agli interlocutori interessati	01.01.2022	31.12.2022	Stesura e proposta	Obiettivo specifico: Miglioramento degli strumenti di comunicazione istituzionale (codice AS50S40SP01) Obiettivo Strategico: Sviluppo del Piano di comunicazione dell'Istituto Area strategica: Formazione e comunicazione
	01.01.2023	31.12.2023	Gestione a regime del Piano	
	01.01.2024	31.12.2024	Revisione e Gestione del Piano	

Cronoprogramma triennale "Carta dei servizi"

Attività/Indicatore	Data inizio	Data fine	Risultato atteso	Obiettivo Performance
	01.01.2022	31.12.2022	Revisione e pubblicazione del documento	Obiettivo specifico: Revisione della Carta dei Servizi dell'Istituto con indicazione

Revisione della CARTA DEI SERVIZI	01.01.2023	31.12.2023	Gestione regime	a	degli standard qualitativi secondo normativa (es. tempi di risposta) (codice AS70S50SP02) Obiettivo Strategico: Promozione di maggiori livelli di trasparenza Area strategica: Potenziamento e sostenibilità dei sistemi e degli strumenti gestionali
	01.01.2024	31.12.2024	Gestione regime	a	

Riorganizzazione della rilevazione sulla soddisfazione da parte degli utenti (customer satisfaction)

Nel periodo di riferimento del presente piano verrà riorganizzata la rilevazione sulla soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo, i cui esiti sono oggetto di pubblicazione su Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 7, comma 3, D. Lgs. 82/2005, modificato dall'art. 8, comma 1 del D. Lgs 179/2016.

Obiettivo è la creazione di un vero e proprio processo (customer/citizen satisfaction management) che permetta di garantire un miglioramento della qualità dei servizi attraverso un'influenza dal basso dell'efficienza degli stessi ed una maggiore trasparenza dovuta ad un ruolo attivo dei cittadini intesi come destinatari delle politiche pubbliche. Il sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti delle attività e dei servizi erogati verrà incardinato in un processo comprendente diverse fasi: impostazione della rilevazione; conduzione dell'indagine; analisi dei dati; realizzazioni del piano di miglioramento; relative forme di comunicazione.

La riforma della pubblica amministrazione (art. 19 bis del D. Lgs. n. 150/2019, come modificato dal D. Lgs. n. 74 del 2017) ha posto l'accento su queste tematiche nell'ottica di rafforzare la capacità delle amministrazioni di attuare politiche più efficaci e di erogare servizi pubblici migliori. La rilevazione della soddisfazione degli utenti consente alle amministrazioni di uscire dalla propria autoreferenzialità e valutare la rispondenza dei servizi erogati ai bisogni reali concependo il cittadino utente come una risorsa strategica.

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna è accreditato dal Dipartimento Laboratori di Prova di ACCREDIA (Sistema Italiano di Accreditamento). I laboratori accreditati da ACCREDIA operano in conformità ai requisiti prescritti dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005. L'accREDITAMENTO dimostra la competenza tecnica del Laboratorio ad effettuare le prove indicate nello scopo dell'accREDITAMENTO, e l'attuazione di un Sistema Gestionale per la Qualità (SGQ) allineato ai principi della ISO 9001.

Nelle norme sulla qualità, che si applicano nell'Istituto al fine di perseguire la soddisfazione del cliente, sono stati notevolmente modificati ed ampliati i capitoli relativi al monitoraggio della stessa in linea con quanto richiesto dalle guide per la stesura delle norme della serie ISO 17000. Le novità sono caratterizzate in maniera molto più stringente sulla focalizzazione sul cliente in modo da assicurare che:

- a) i requisiti del cliente ed i requisiti cogenti siano individuati, compresi e soddisfatti;

- b) siano individuati ed affrontati i rischi e le opportunità che possono avere un impatto sulla conformità dei prodotti e dei servizi, e sulla capacità di aumentare la soddisfazione del cliente;
- c) sia mantenuta la focalizzazione sull'aumento della soddisfazione dei clienti. Il processo di miglioramento esalta la comunicazione con l'utenza anche esterna con la gestione delle informazioni pervenute e il superamento delle criticità.

Nel corso del 2019 l'Istituto ha promosso dei percorsi formativi al personale che opera nell'ambito del sistema di gestione della qualità (SGQ), richiedendo un maggior coinvolgimento del personale amministrativo. In particolare, è stato organizzato:

- un corso di 40 ore per Auditor di Sistemi di Gestione per la Qualità, tenuto da Progetto Qualità 2000, course provider esclusivo di AICQ Centro Insulare, riconosciuto AICQ SICEV e basato sulle norme UNI EN ISO 9001:2015, UNI EN ISO 19011:2018 e UNI CEI EN ISO/IEC 17021:2015;
- La nuova ISO/IEC 17025: le novità della revisione e le modalità di adeguamento nei laboratori di prova.

Durante il 2020, in piena pandemia dovuta alla diffusione del Covid 19, è stato erogato un corso riservato agli operatori del comparto afferenti ai servizi di front office, indicato puntualmente nel paragrafo precedente, focalizzato sull'acquisizione delle competenze comunicative per la gestione dei rapporti con l'utenza esterna (Front Office) e fra gli interessati interni (Back Office) con approfondimenti sulla comunicazione ai tempi del Covid e sulla capacità di dare e ricevere feedback. Inoltre, è stata rivista la procedura nel Sistema di Gestione della Qualità relativa ai reclami in un'ottica di miglioramento sia del rapporto con l'utenza, sia del servizio pubblico offerto in termini qualitativi.

L'art. 6, comma 3, del D.L. n. 80 del 9.06.2021 (conv. con L n. 113/2021), ha previsto che il PIAO (Piao Integrato di Attività e Organizzazione) “definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti con gli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al D. Lgs. N. 150 del 27.10.2009, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del D. Lgs. N. 198 del 20.12.2009”. Mentre alla lett. e) del secondo comma si prevede che il PIAO definisce annualmente “l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati”.

Conformemente con il Piano Strategico 2022-2024 (Det. del Direttore Generale n. 116 del 7.02.2022) e del Piano Triennale della performance 2022-2024 (Det. del Direttore Generale n. 215 del 17.03.2022 – Del. CdA n. 2.2 del 23.03.2022) si riportano gli obiettivi individuati per il prossimo triennio allo scopo di promuovere la qualità dei servizi erogati e maggiori livelli di trasparenza, formazione e comunicazione all'interno dell'obiettivo strategico pluriennale della sezione trasparenza del PTPCT “Riorganizzazione della rilevazione sulla soddisfazione da parte degli utenti (customer satisfaction)”.

Nel corso del prossimo triennio verranno considerate iniziative per implementare la trasparenza attraverso attività di comunicazione ed informazione, anche con la rilevazione della soddisfazione dell'utenza dell'Istituto.

Cronoprogramma triennale “Rilevazione soddisfazione degli utenti”

Attività	Data inizio	Data fine	Risultato atteso	Obiettivo Performance
Progettazione e avvio di un sistema di RILEVAZIONE GRADO DI SODDISFAZIONE UTENTI	01.01.2022	31.12.2022	Progettazione e test di avvio	Obiettivo specifico: Miglioramento della trasparenza attraverso la definizione e l'applicazione di procedure di rilevazione della soddisfazione da parte degli utenti (codice AS70550SP01)
	01.01.2023	31.12.2023	Rilevazione, analisi e individuazione correttivi	
	01.01.2024	31.12.2024	Gestione a regime della rilevazione	Obiettivo Strategico: Promozione di maggiori livelli di trasparenza Area strategica: Potenziamento e sostenibilità dei sistemi e degli strumenti gestionali

MONITORAGGIO SEZIONE TRASPARENZA

L'attività di monitoraggio è effettuata sia dal RPCT attraverso sia verifiche casuali sul sito web istituzionale, sia attraverso l'analisi periodica generale, come meglio specificata di seguito, del Servizio Affari Generali – URP, nonché dai singoli Dirigenti responsabili.

Il monitoraggio sarà altresì garantito nei termini previsti dalle disposizioni in materia dall'OIV. A tal proposito merita sottolineare il ruolo sempre più pregnante rivestito da questo organismo, chiamato a svolgere molteplici attività di monitoraggio, anche al fine di verificare che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione e che, viceversa, nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza (art. 1, comma 8 bis, L. 190/2012). Lo stesso OIV ha il compito di provvedere alla elaborazione del documento di Attestazione annuale sugli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente relativamente alle sezioni individuate dall'ANAC annualmente con propria deliberazione.

Nel corso dell'anno 2018 si è proceduto ad effettuare un monitoraggio in collaborazione con l'OIV sulla base delle risultanze del sito della Bussola della Trasparenza migliorando il risultato di tutti gli indicatori presenti. Sempre durante lo stesso anno è stata presentata una rilevazione generale di tutti i sottolivelli della sezione Amministrazione Trasparente che, da allora, è diventata un controllo a cadenza semestrale.

Rimangono naturalmente ferme le competenze dei dirigenti relative all'adempimento dei singoli obblighi di pubblicazione previsti dalle normative vigenti e dalla presente sezione. Nell'ambito del monitoraggio il ruolo dei dirigenti è di primaria importanza e risulta ulteriormente rafforzato anche dai vari interventi normativi in proposito.

In particolare, l'attività di monitoraggio si concretizza con le seguenti azioni:

1. MGS (Monitoraggio Generale Semestrale);
2. MSS (Monitoraggi Specifici Semestrali);
3. MATA (Monitoraggio Annuale sulle Tempistiche degli Accessi).

Monitoraggio Generale Semestrale (MGS)

Proseguirà a cura del Servizio Affari Generali-URP, la predisposizione del Monitoraggio Generale Semestrale, basata sulle sottosezioni di livello 2 (tipologie di dati) e caratterizzata dalla rilevazione degli andamenti e una indicazione di massima sulla presenza delle pubblicazioni obbligatorie.

Sulla base delle risultanze di tale monitoraggio generale il RPCT, se riterrà opportuno, effettuerà delle verifiche ulteriori direttamente con i dirigenti responsabili o chiederà approfondimenti agli stessi.

Dall'analisi del MGS 2020 è emersa la necessità di apportare delle modifiche all'allegato al presente piano relativo alle competenze degli obblighi di pubblicazione, allo scopo sia di renderlo maggiormente aderente all'organizzazione dell'Istituto, sia di sviluppare ambiti che verranno approfonditi quali ad esempio le informazioni ambientali.

MSS (Monitoraggi Specifici Semestrali)

Monitoraggio specifico semestrale. In coerenza con le disposizioni del legislatore in tema di responsabilità dei dirigenti, gli stessi dovranno rendere al RPCT formale dichiarazione, con assunzione di responsabilità, di aver correttamente ed esaustivamente adempiuto ai propri obblighi. In particolare, si procederà a monitorare semestralmente tramite i dirigenti responsabili:

- Misura: Il rispetto del requisito della completezza delle pubblicazioni.

Indicatore: n. degli obblighi che rispettano il requisito/n. degli obblighi di pubblicazione),

Obiettivo: 1;

- Misura: Il rispetto del requisito dell'aggiornamento delle pubblicazioni.

Indicatore: n. degli obblighi che rispettano il requisito dell'aggiornamento/n. degli obblighi di pubblicazione);

Obiettivo: 1;

- Misura: Il rispetto del requisito del formato aperto delle pubblicazioni.

Indicatore: n. degli obblighi che rispettano il requisito del "formato aperto"/n. degli obblighi di pubblicazione);

Obiettivo: 1;

- Verifica dell'avvenuta eliminazione dei contenuti pubblicati per i quali sono scaduti i termini di pubblicazione (art. 8, co. 3, D. Lgs. n. 33/2013 o altri riferimenti normativi specifici).

Sulla base delle risultanze del monitoraggio di cui sopra, il RPCT, se lo riterrà opportuno, individuerà i provvedimenti necessari in collaborazione con i dirigenti responsabili.

Il monitoraggio degli adempimenti dei singoli responsabili è inoltre previsto, come per il 2020, nel

Sistema di gestione delle Performance organizzative dell'Istituto per l'anno 2021: Area "Trasparenza e anticorruzione – Comunicazione Istituzionale" – Obiettivo strategico "Monitorare ed efficientare le misure in materia di trasparenza ed anticorruzione".

MATA (Monitoraggio Annuale sulle Tempistiche degli Accessi)

Nel corso del prossimo triennio proseguirà, a cura del Servizio Affari Generali-URP, l'azione intrapresa dal 2020 di monitoraggio annuale del rispetto delle tempistiche previste, prendendo sempre in considerazione come indicatore il numero dei casi che rispettano la tempistica/il numero totale di casi; il target previsto è il 100%.

□ Misura: Il rispetto delle tempistiche sulle istanze di accesso.

Indicatore: n. dei casi che rispettano la tempistica/n. delle richieste di accesso, Obiettivo: 1;

Relativamente al monitoraggio specifico al tema degli accessi si rinvia al paragrafo dedicato della presente sezione.

Gli obblighi di pubblicazione sono indicati puntualmente nella relativa tabella di cui all'**allegato n. 2** del PIAO.

3. SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione di programmazione - *Struttura organizzativa*

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna (IZSSA) conta 275 dipendenti, di cui 247 a tempo indeterminato, 28 a tempo determinato.

Inoltre, all'interno dell'Ente assicurano la loro collaborazione 20 specialisti, dei quali, 6 veterinari e 14 biologi.

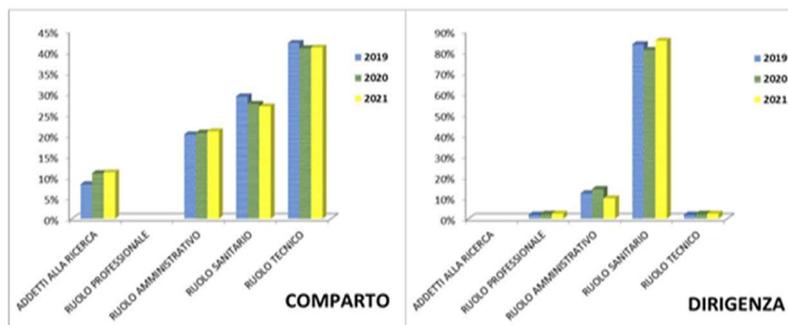
Nell'ambito del personale della ricerca (Piramide della ricerca) sono presenti 21 collaboratori a supporto della ricerca e 6 ricercatori

Nel mese di dicembre 2021 è stata avviata (ed è attualmente in fase di conclusione) la procedura finalizzata al reclutamento del personale del ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività a supporto alla ricerca sanitaria, ai sensi dell'art. 1, comma 432, Legge L. 27.12.2017 n. 205 e ss.mm.ii., e le procedure necessarie per la formazione di elenco di idonei da utilizzare per il conferimento di borse di studio a scopo formativo nel campo di attività di ricerca scientifica.

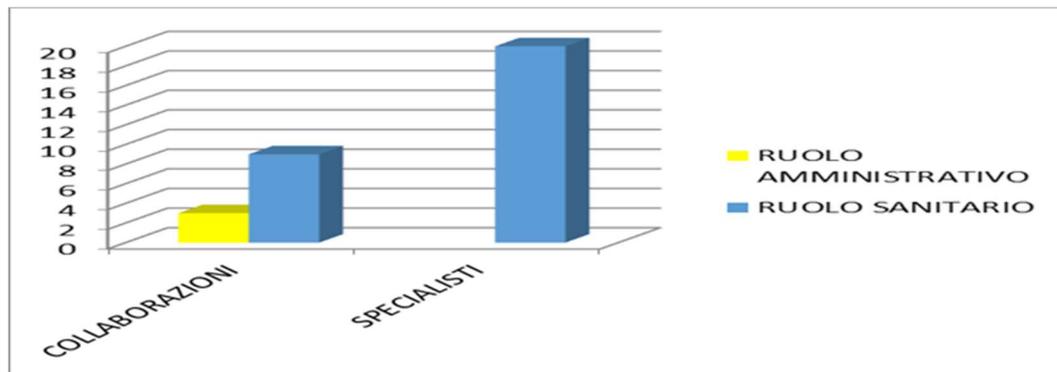
Oltre alle suddette unità all'interno dell'Ente, nei limiti delle disponibilità di bilancio, delle norme di legge e per l'esecuzione di progetti finanziati (contributi regionali, nazionali ed internazionali), nelle more dell'espletamento dei concorsi personale della ricerca, sono presenti 12 incarichi di collaborazione.

DISTRIBUZIONE DIPENDENTI PER RUOLO NEI TRE ANNI

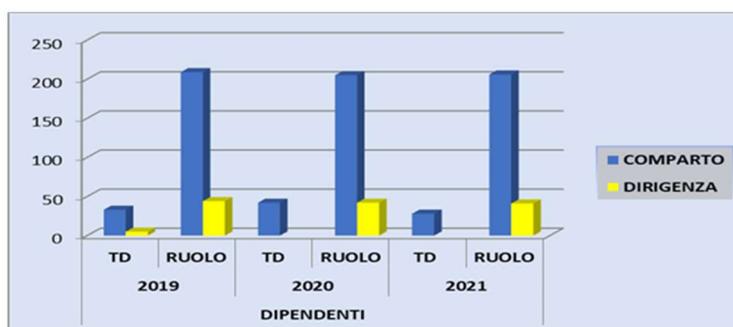
	COMPARTO			DIRIGENZA		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
RUOLO PROFESSIONALE				1	1	1
ADDETTI ALLA RICERCA	20	27	26			
RUOLO AMMINISTRATIVO	49	51	49	6	6	4
RUOLO SANITARIO	71	68	63	41	34	35
RUOLO TECNICO	102	101	96	1	1	1
TOTALI	242	247	234	49	42	41



COLLABORAZIONI E CONVENZIONI 2021



	DIPENDENTI					
	2019		2020		2021	
	TD	TI	TD	TI	TD	TI
COMPARTO	33	209	42	205	28	206
DIRIGENZA	5	44		42		41
	38	253	42	247	28	247

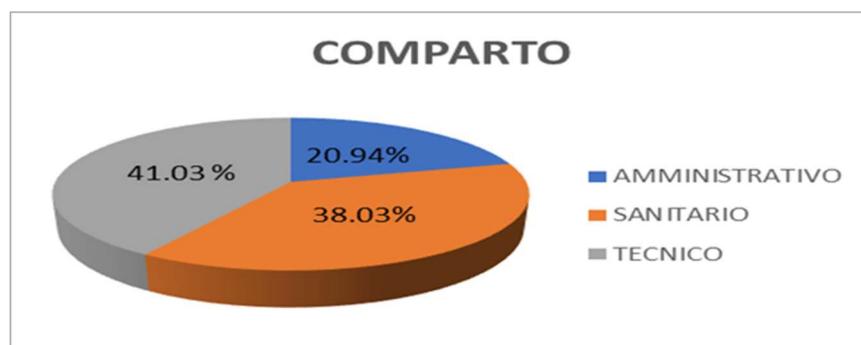


Di seguito viene riportata una tabella che riporta, per il 2021, alcune statistiche descrittive del personale (contratti vari)

	NUMERO	GENERE	
		Donne	Uomini
Collaborazioni	12	9	3
COMPARTO	234	132	102
Amministrativo	49	34	15
Sanitario	89	71	18
Tecnico	96	27	69
DIRIGENZA	41	20	21
S.P.T.A	15	9	6
Veterinaria	26	11	15
SPECIALISTICA	20	16	4
Sanitario	20	16	4
Totale complessivo	307	177	130

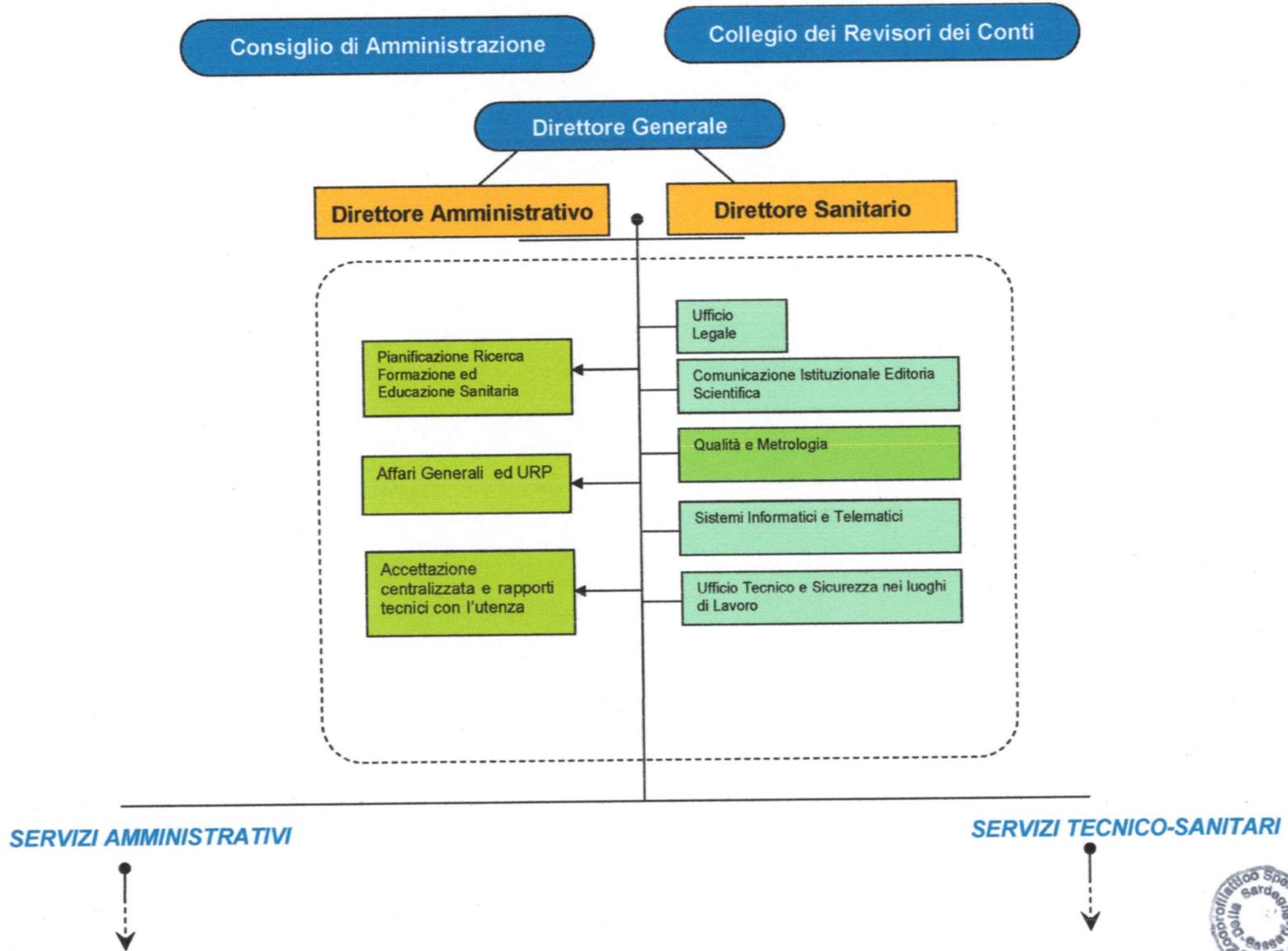
Sotto il profilo della composizione, si rileva la presenza di 41 dirigenti dipendenti, corrispondenti a circa il 15 % del totale delle risorse umane e di n. 234 unità tra dipendenti del comparto (85%). Il rapporto medio del personale dirigente sul non dirigente di 1 a 5,7. Sono inoltre presenti 20 specialisti e 12 collaborazioni.

Per quanto riguarda i ruoli, la dirigenza è composta da veterinari (26), biologi (7), chimici (2) e tecnici (2), amministrativi (4). Il personale dipendente del comparto consta di 234 unità, suddiviso in personale tecnico (96 pari al 41.03%) a cui si aggiunge personale sanitario (89 pari al 38.03%) impegnato nelle diverse attività laboratoristiche e istituzionali previste. Il ruolo amministrativo del comparto conta n. 49 unità (pari al 20.94%).



Viene riportato di seguito l'organigramma dell'Istituto:

TABELLA 1 allegata Delibera C.d.A. n°5.6 del 29.10.2018



UFFICI E FUNZIONI

- Controllo di gestione e performance Aziendali (in Staff con la Direzione Aziendale)
- Segreteria Direzione (in Staff con la Direzione Aziendale)
- Ufficio Relazioni Sindacali (in Staff con la Direzione Aziendale)
- Ufficio del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza
- Ufficio tecnico permanente

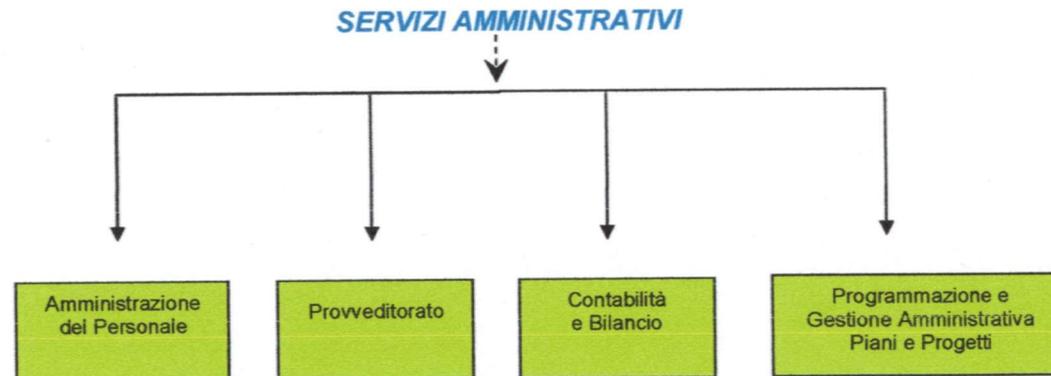
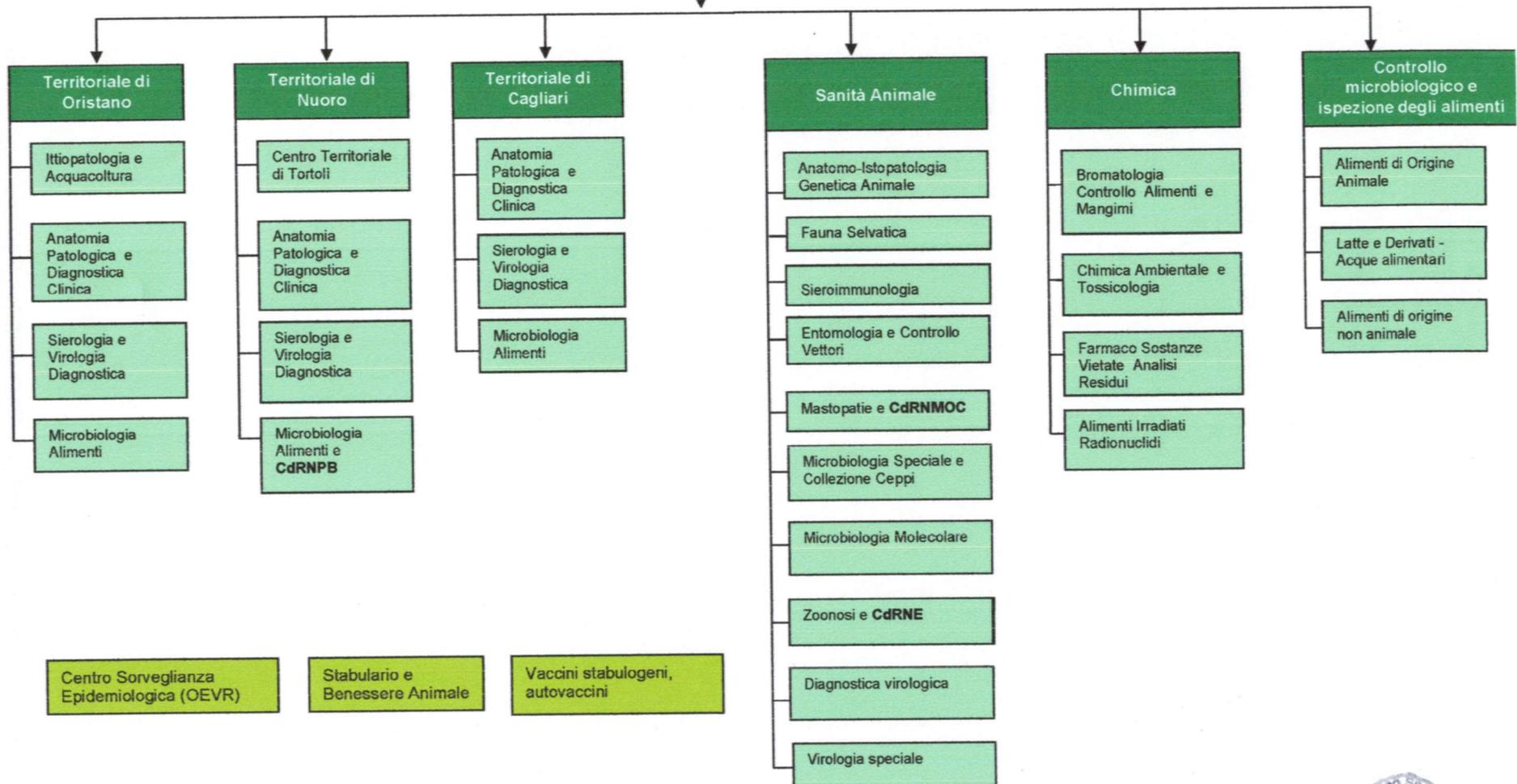


TABELLA 3 allegata Delibera C.d.A. n°5.6 del 29.10.2018

SERVIZI TECNICO-SANITARI



3.2 Misure per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere

L'Istituto con determina del Direttore Generale n. 930 del 13/11/2017 ha avviato la procedura per la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Con determina del Direttore Generale n. 369 del 11/04/2019 si è nominato il Comitato Unico di Garanzia (CUG) e con Deliberazione del CUG n. 1 del 15/12/2020 si è approvato il regolamento per il suo funzionamento.

Il CUG con sua deliberazione n. 2 del 15/12/2020 ha approvato il Piano triennale della Azioni Positive 2020-2022 (PAP).

Nel 2021 il Comitato Unico di Garanzia, insediatosi a fine 2020, ha dovuto affrontare un anno particolare, caratterizzato dal perdurare della pandemia e da un periodo di *vacatio* dei vertici aziendali conclusosi solo nell'estate 2021. Le condizioni sopra descritte non hanno perciò consentito l'avvio delle attività previste dal PAP.

Le azioni positive che l'IZS intende adottare sono rivolte a tutti i dipendenti. L'Ente si impegna a promuovere fra tutto il personale dipendente la conoscenza del CUG quale organismo deputato alla generale tutela dei diritti dei lavoratori/lavoratrici, principalmente attraverso l'istituzione di un'apposita sezione sulla INTRANET e sul sito WEB.

L'Ente si impegna a porre in essere tutte le azioni necessarie ad evitare che sul posto di lavoro si verifichino situazioni di disagio determinate da molestie sessuali, casi di mobbing, atti vessatori riguardanti la vita lavorativa o privata dei lavoratori/lavoratrici.

È in fase di studio la creazione di una apposita sezione dedicata al CUG, nella INTRANET e nel sito WEB dell'Ente. Si è provveduto al recupero del materiale da pubblicare e ad una prima analisi di organizzazione della sezione, anche alla luce degli esempi reperiti sul web.

Le azioni positive sono misure speciali che, in deroga al principio di uguaglianza formale, mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne. Sono misure "speciali" in quanto intervengono ad eliminare ogni forma di discriminazione diretta e indiretta sono altresì temporanee in quanto necessarie finché si rileva la presenza di disparità di trattamento tra uomini e donne. Sono misure pensate per guardare alla parità attraverso interventi di valorizzazione del lavoro delle donne e per riequilibrare la presenza femminile nel mondo del lavoro.

L'adozione del Piano triennale di azioni positive risponde ad un obbligo di legge ma nel contesto del nostro Ente vuole anche dimostrare una significativa attenzione alla promozione delle pari opportunità tra uomini e donne.

Le linee di azione del Piano Azioni Positive potranno essere modificate, integrate ed ampliate nel corso del triennio, sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni che via via emergeranno, con appositi provvedimenti deliberativi.

AZIONE N.	1
Titolo	Comitato Unico di Garanzia
Destinatari	Tutte/i le/i lavoratrici/tori
Finanziamenti	Risorse dell'Ente
Obiettivi	Promuovere il benessere di chi lavora attraverso la valorizzazione del CUG
Descrizione	Promuovere fra il personale la conoscenza del CUG quale organo che propone iniziative a favore del benessere organizzativo, delle pari opportunità e del contrasto alle discriminazioni dei lavoratori e delle lavoratrici.
Strutture coinvolte	Direzione aziendale, Servizio Personale e tutte le altre strutture dell'Ente
Tipologia di azione	Rivolta all'interno dell'Ente

AZIONE	2
Titolo	Mobbing e molestie sessuali
Destinatari	Tutte/i le/i lavoratrici/tori
Finanziamenti	Risorse dell'Ente
Obiettivi	Contrastare il fenomeno del mobbing e delle molestie sessuali all'interno dell'Ente
Descrizione	Redazione di un codice di condotta per la prevenzione del mobbing e delle molestie, in particolare molestie sessuali
Strutture coinvolte	Direzione Aziendale e tutte le strutture dell'Ente
Tipologia di azione	Rivolta all'interno dell'Ente

AZIONE	3
Titolo	Conciliazione vita-lavoro
Destinatari	Tutte/i le/i lavoratrici/tori
Finanziamenti	Risorse dell'Ente
Obiettivi	Favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
Descrizione	Favorire l'adozione di un orario flessibile

	“dedicato” al personale con particolari situazioni personali e familiari, in considerazione delle motivate esigenze rappresentate
Strutture coinvolte	Direzione aziendale, Servizio Personale e tutte le altre strutture dell’Ente
Tipologia di azione	Rivolta all’interno dell’Ente

AZIONE	4
Titolo	Benessere lavorativo
Destinatari	Tutte/i le/i lavoratrici/tori
Finanziamenti	Risorse dell’Ente
Obiettivi	Promuovere il benessere lavorativo mediante la creazione di uno sportello d’ascolto.
Descrizione	Attivazione di uno sportello d’ascolto per il disagio lavorativo, con l’obiettivo di individuare ipotesi e strategie di miglioramento delle problematiche che allo sportello afferiscono, attraverso il supporto interno ed esterno all’Ente
Strutture coinvolte	Direzione Aziendale e CUG
Tipologia di azione	Rivolta all’interno dell’Ente

L’Istituto ha inoltre avviato un percorso di formazione sul Gender Equality Plan.

L’adozione del Piano di eguaglianza di genere (Gender Equality Plan – GEP) costituisce un requisito essenziale per la partecipazione ai progetti di ricerca scientifica europei nell’ambito del Programma quadro Horizon Europe.

Sarà pertanto necessario integrare il piano delle azioni positive con una visione mirata al campo della ricerca e l’individuazione di misure specifiche per il settore.

3.3 Sottosezione di programmazione - *Organizzazione del lavoro agile*

A seguito dell’emergenza COVID-19, con nota protocollo n. 1586/20 del 10 marzo 2020, l’Ente ha adottato le linee guida per l’attuazione del lavoro agile (smart working) per garantire la minor presenza possibile nei luoghi di lavoro a tutela dei lavoratori stessi.

Un gruppo di lavoro dedicato, con professionalità sia del ruolo tecnico che amministrativo, ha predisposto un modello di rilevazione delle attività espletabili in modalità agile ed acquisito gli esiti delle mappature.

La disciplina dello smart working in fase emergenziale è proseguita fino ad ottobre 2021.

L’Istituto si è poi adeguato al DPCM del 24 settembre 2021 sul rientro in presenza nella Pubblica Amministrazione ed ha avviato l’iter di predisposizione di un regime transitorio dello smart working in attesa di definizione della disciplina da parte della contrattazione collettiva nazionale.

La proposta di regolamentazione, concepita come misura strutturale e non più emergenziale, è stata sottoposta all'attenzione delle OO.SS. ed ha trovato applicazione a partire da aprile 2022 (nota prot. n. 1729 del 30.03.2022).

Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile l'accesso allo smart working è stato autorizzato nel rispetto delle disposizioni di attuazione delle Linee Guida.

Nel rispetto del principio per cui il lavoro in presenza costituisce modalità ordinaria della prestazione lavorativa, in ciascuna struttura, può essere garantito il lavoro agile a coloro che risultano assegnati alla medesima struttura, la cui ordinaria attività lavorativa sia compatibile con tale modalità, secondo quanto dichiarato con le mappature effettuate a giugno 2021.

Il personale la cui attività di servizio sia compatibile con la modalità del lavoro agile, deve fare richiesta utilizzando l'apposito modulo.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa nella modalità del lavoro agile comporta la sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente e l'Istituto, e, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva, sarà consentito nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a) dovrà essere giornalmente assicurata la presenza in servizio in numero adeguato del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office), all'erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di ricevimento del pubblico, e ciò in quanto tali attività devono essere di norma svolte in presenza;
- b) per i lavoratori che svolgono attività di lavoro agile si dovrà prevedere, sulla base delle specifiche esigenze di servizio e della logistica, un sistema misto che alterni, per ogni dipendente autorizzato, il lavoro in presenza e lavoro agile secondo quanto sarà stabilito nell'accordo individuale di cui al punto d), garantendo comunque la prevalenza del lavoro in presenza per il rispetto del principio per cui la modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa è quella in presenza;
- c) qualora non sia possibile, per rispetto dei principi e ragioni organizzative l'alternanza di cui alla lettera a), garantire il lavoro agile a tutti i soggetti richiedenti nei periodi e nelle giornate richieste, si adotteranno criteri di rotazione nell'arco della settimana tali da garantire il massimo accesso possibile al lavoro agile;
- d) per poter accedere al lavoro agile ogni lavoratore dovrà sottoscrivere con il Direttore Generale l'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della L. n. 81/2017 sulla base dello schema appositamente predisposto, previo formale assenso del dirigente responsabile;
- e) il lavoro agile non può comportare disservizi all'utenza (esterna ed interna) e rallentamento delle attività amministrative;
- f) come previsto dal disposto del Decreto del Ministero della Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021 recante "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", dovrà comunque essere assicurato "il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi".

Secondo la Legge 22 maggio 2017 n. 81, all'art. 18, il lavoro agile è una "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa."

Le finalità dichiarate sono quelle dell'introduzione delle più innovative modalità di organizzazione del lavoro, basate sull'utilizzo della flessibilità, sulla valutazione per obiettivi, il tutto alla luce dei bisogni di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Venendo meno i riferimenti dell'orario e del luogo come elementi per la definizione della prestazione

di lavoro, l'attenzione si sposta verso la maggiore responsabilizzazione sui risultati.

Naturalmente per poter sfruttare al massimo le potenzialità di questo nuovo strumento occorre modificare la cultura manageriale.

Sarà pertanto cura dell'Amministrazione promuovere in maniera diffusa specifici percorsi di formazione e sarà impegno della dirigenza e di tutti i dipendenti la definizione e la condivisione di obiettivi necessari per gestire il lavoro in modalità agile.

Modalità di lavoro agile

Il lavoro agile in via ordinaria è organizzato in ragione settimanale, garantendo il principio della rotazione del personale in forza nei rispettivi servizi e/o unità organizzative.

Con riferimento alla "rotazione del personale", si intende assicurare la presenza giornaliera della maggior parte dei dipendenti nelle sedi lavoro.

Il Dirigente, su richiesta del dipendente e compatibilmente con l'organizzazione del lavoro della struttura, valuta l'articolazione del lavoro agile su base mensile o plurimensile (esclusivamente per quelle attività lavorative che ne consentano lo svolgimento come da precedente mappatura) e la propone alla Direzione Generale per la sottoscrizione degli accordi individuali.

Il lavoro agile, a garanzia della prevalenza del lavoro in presenza, può essere articolato nel limite massimo di 80 giorni l'anno continuativi (quattro mesi su dodici), 8 giorni al mese continuativi (otto giorni su venti) o 2 giorni a settimana (due giorni su cinque).

Per coloro che usufruiscono del part time verticale le giornate di lavoro agile sono riproporzionate nei periodi in cui tali orari sono osservati (ad esempio per un part-time verticale al 50%, il lavoro agile articolato in maniera mensile potrà essere svolto per due mesi su sei).

Se nelle giornate di lavoro agile insorge la malattia le giornate vengono decurtate dai massimali settimanali, mensili o annuali.

Sotto il profilo operativo, per quanto anticipato, l'accordo individuale non contempla, per le giornate di lavoro agile, l'assolvimento di un debito orario (lavoro per obiettivi) ma semplicemente una fascia nell'ambito della quale il lavoratore è tenuto, con piena flessibilità, a svolgere la propria attività e una fascia di contattabilità che si colloca all'interno della prima. A tale proposito il giustificativo da inserire sul portale Irisweb sarà quello giornaliero, disponibile dalla funzione richiesta giustificativi-- smart working.

La prima fascia di cui si è detto ha la finalità precipua di garantire al lavoratore il "diritto alla disconnessione". Fuori da tale fascia non può essere pretesa alcuna prestazione di lavoro fermo restando che il lavoratore, per sua scelta e nell'ottica della flessibilità propria del lavoro agile, può comunque svolgere attività lavorativa.

La seconda fascia fa sì che i dirigenti, i colleghi e gli utenti possano contattare il dipendente, con le modalità concordate con il Dirigente di riferimento. Tale fascia, va precisato, è di mera "contattabilità" e non di operatività per la suddetta logica della flessibilità propria del lavoro agile.

A seguito del contatto il dipendente dovrà quindi organizzarsi, ovviamente sempre secondo i principi generali di buona fede e correttezza che improntano il rapporto di lavoro e che sono richiamati nell'accordo individuale, per lo svolgimento delle attività eventualmente conseguenti nell'ambito della prima fascia oraria di cui si è detto.

Criteri prioritari per la gestione delle richieste di lavoro agile

Qualora non sia possibile, per il rispetto dei principi di cui alla presente circolare, soddisfare le richieste legate al lavoro agile, dovrà essere data precedenza, nell'ordine, alle seguenti situazioni, che comunque comportano che per il lavoratore sia prevista l'alternanza tra lavoro in presenza e lavoro agile secondo il principio della modalità ordinaria del lavoro in presenza:

- dipendenti titolari dei benefici della L. n. 104/1992 per se stessi o per l'assistenza ad un

familiare, anche non convivente, nelle condizioni di cui all'articolo 3, comma 3 della medesima legge;

- genitori con almeno un figlio minore di anni 14 o in condizione di disabilità (anche non facente parte del nucleo familiare) ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, tenuto conto di particolari situazioni familiari quali, ad esempio, presenza di genitore solo, impossibilità dell'altro genitore alla cura del figlio durante l'orario lavorativo e simili;
- lavoratori domiciliati a più di 50 chilometri dalla sede di lavoro

Si riportano di seguito i contenuti dell'Accordo individuale.

Accordo Individuale per lo svolgimento del lavoro agile

Nel rispetto del decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021 art. 1 comma 3 lett.b, tenuto conto dell'esigenza di garantire i servizi all'utenza, il buon funzionamento della struttura, l'adeguato presidio della sede di lavoro e le eventuali turnazioni con i colleghi, il dipendente dovrà indicare la programmazione prescelta:

- settimanale per max 2 gg
- mensile per max 8 gg consecutivi
- plurimensile max 80 giorni consecutivi

Il dirigente ha facoltà di richiedere, la presenza in sede del dipendente per esigenze di servizio.

Il mancato utilizzo delle giornate di lavoro agile durante la settimana o il mese non comporterà la differibilità delle stesse in epoca successiva.

Al dipendente sono assegnate le attività, con relativi obiettivi da definirsi formalmente con cadenza almeno mensile da parte del Dirigente.

In particolare nella fase di avvio e per consentire il miglioramento continuo, con cadenza mensile il Dirigente è tenuto a verificare formalmente la validità del sistema degli obiettivi assegnati, dei target prefissati e del loro grado di raggiungimento.

Decorrenza

Il dipendente ha la possibilità di svolgere la propria attività di lavoro agile a decorrere dalla sottoscrizione dell'accordo e sino al 31.12.2022, ferma restando la possibilità di variazioni in base alla disciplina della materia da parte della contrattazione collettiva.

Sedi di lavoro

Durante il periodo previsto dall'accordo, il dipendente potrà svolgere la sua attività lavorativa in modalità agile:

- presso la sua abitazione;
- presso altro luogo tale da garantire la propria salute e sicurezza, gli obblighi di custodia, riservatezza e privacy delle informazioni e documenti propri della sua attività lavorativa e che garantisca la possibilità di rientrare presso la propria sede di servizio, ove richiesto.

Durante il periodo di svolgimento del lavoro in modalità agile, la sede di lavoro continuerà ad essere la propria sede di servizio originaria.

Strumenti del lavoro agile

Nelle more dell'adozione degli strumenti tecnologici messi a disposizione dall'Amministrazione, il dipendente nelle giornate di lavoro potrà utilizzare strumentazione di sua proprietà.

L'Amministrazione è responsabile del buon funzionamento degli strumenti tecnologici eventualmente assegnati al Lavoratore agile per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Laddove il Dipendente dovesse

riscontrare il cattivo funzionamento della strumentazione disponibile (es. assenza di connessione), dovrà informarne immediatamente il proprio responsabile sia al fine di dare soluzione al problema che di concordare le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro nella sede di lavoro.

Il dipendente deve garantire di poter disporre di una connessione ad internet e di un sistema operativo adeguati al puntuale svolgimento delle attività assegnate.

Il dipendente si dichiara disponibile a consentire le dovute verifiche di adeguatezza della propria strumentazione e l'eventuale installazione, da parte del CED, di software necessari a lavorare in modalità agile, ivi compresi sistemi antivirus a garanzia della sicurezza informatica dei dati

Le spese correlate allo svolgimento della prestazione in modalità agile (es. elettricità, riscaldamento, connessioni telefoniche, ecc.) sono a carico del dipendente.

Obblighi di custodia, riservatezza e privacy

Il lavoratore in modalità agile è personalmente responsabile della sicurezza, custodia e conservazione in buono stato, salvo l'ordinaria usura derivante dall'utilizzo, delle dotazioni informatiche fornite dall'Amministrazione.

Le dotazioni informatiche dell'Amministrazione devono essere utilizzate esclusivamente per ragioni di servizio, non devono subire alterazioni della configurazione di sistema, ivi inclusa la parte relativa alla sicurezza, e su queste non devono essere effettuate installazioni di software non preventivamente autorizzate.

Nello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza sui dati e sulle informazioni dell'Amministrazione in suo possesso e/o ai quali ha accesso adottando ogni azione idonea in tal senso.

Nella qualità di "autorizzato" al trattamento dei dati personali, anche presso il luogo di prestazione fuori sede, dovrà osservare tutte le istruzioni e misure di sicurezza contenute nell'atto di incarico al trattamento dei dati, cui si fa rinvio, rese dal DPO dell'Ente, e pubblicate nella sezione Privacy e Sicurezza Informatica della Intranet Aziendale.

In caso di utilizzo degli stessi strumenti informatici da parte di altri membri della famiglia, il dipendente dovrà proteggere con password la parte utilizzata per il lavoro.

La prestazione lavorativa in modalità agile può prevedere l'utilizzo di documentazione cartacea istituzionale. È dovere del dipendente utilizzare, ove possibile, modalità alternative (es. documenti scansionati, copie digitali, ecc.) per la fruizione della documentazione affinché fuoriesca dalla sede lavorativa il minor numero di documenti cartacei. Qualora ciò non risulti possibile, sarà cura del dipendente garantire l'integrità della documentazione movimentata, la corretta custodia, la tutela e la riservatezza dei dati ivi contenuti.

Restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi, dal contratto collettivo e dal Codice di comportamento, che trovano applicazione anche nei confronti del lavoratore agile.

Orario di lavoro e diritto alla disconnessione

Nelle giornate in cui si svolge la prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente dovrà far rilevare lo svolgimento delle attività attraverso l'inserimento sul portale Irisweb dell'apposito giustificativo definito dall'Amministrazione. Il dipendente svolgerà la propria attività con le caratteristiche di flessibilità proprie del lavoro agile e senza vincoli di orario fatto salvo quanto previsto al punto successivo.

Il dipendente dovrà svolgere la prestazione lavorativa nella fascia oraria 7.40-20.00 con diritto alla disconnessione dalle 20.00 – 7.30 (almeno 11 ore di riposo) oltre al sabato, domenica e festivi. Dovrà garantire la contattabilità telefonica, o in alternativa tramite sistemi di teleconferenza (anche solo audio) e per email da parte del dirigente, i colleghi e gli utenti nella fascia 08.30-13.30 nei giorni di rientro pomeridiano dalle 15 alle 17.

Nell'ambito delle fasce di contattabilità il dirigente organizza eventuali riunioni in teleconferenza.

Fermo restando il dovere del dipendente di svolgere quotidianamente le attività assegnate, questi dalle strumentazioni tecnologiche e dalle piattaforme informatiche di lavoro nel rispetto degli obiettivi concordati e delle relative modalità di esecuzione del lavoro, nonché delle fasce di reperibilità, senza che da ciò possano derivare effetti sulla prosecuzione del rapporto di lavoro.

Durante le giornate in modalità agile:

- è esclusa la possibilità di accumulare eccedenza oraria e di svolgere prestazioni di lavoro straordinario;

Il dipendente dovrà garantire la reperibilità telefonica e telematica nelle fasce orarie stabilite e, qualora dovesse interrompere la giornata di lavoro agile per sopraggiunti e imprevisi motivi personali, dovrà darne immediata comunicazione al proprio responsabile.

Sicurezza sul lavoro

L'Amministrazione garantisce, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del dipendente in coerenza con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro.

A tal fine, l'Amministrazione si riserva di fornire un'informativa scritta, contenente l'indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, nonché indicazioni in materia di requisiti minimi di sicurezza, alle quali il dipendente è chiamato ad attenersi al fine di operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

Ogni dipendente collabora con l'Amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro.

Recesso e risoluzione

Considerato che il lavoro agile potrà essere svolto solo quando tale modalità lavorativa consenta il mantenimento del medesimo livello qualitativo di prestazione e di risultati che si sarebbero conseguiti presso la sede di servizio, il datore di lavoro può recedere dall'accordo individuale di lavoro agile in qualunque momento, dando almeno 15 giorni di preavviso, qualora si verificano gravi incompatibilità di carattere produttivo e organizzativo, oppure nel caso di comportamenti del dipendente contrari alle disposizioni del presente accordo individuale ed alla normativa di riferimento o comunque non conformi agli obblighi generali di buona fede e correttezza.

Il dipendente può decidere di recedere dall'accordo individuale di lavoro agile per esigenze personali con preavviso di 15 giorni.

Trattamento giuridico ed economico

L'Amministrazione garantisce che il dipendente che si avvale delle modalità di lavoro agile non subisca penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. L'assegnazione del dipendente al progetto di lavoro agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro, né sul trattamento economico in godimento, salvo quanto previsto dal punto 9.3.

La prestazione lavorativa resa con la modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali ed è considerata utile ai fini degli istituti di carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti relativi al trattamento economico accessorio.

Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive, protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive. Resta inalterata la disciplina del congedo ordinario, delle assenze per malattia, della maternità e paternità, delle aspettative e di ogni altro istituto previsto dal vigente contratto collettivo di lavoro e da specifiche disposizioni di legge, per quanto compatibile con la disciplina di tali modalità lavorative.

Potere direttivo, di controllo e disciplinare

La modalità del lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro, che

sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione in modalità agile si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente e dirigente responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede, nel rispetto dei CCNL vigenti e di quanto previsto dal Codice di Comportamento dell'Istituto.

Disposizioni finali

Il lavoratore in modalità agile è tenuto a rivolgersi al suo Responsabile e/o agli uffici competenti per ogni dubbio o problema insorto o qualora ne ravvisi la necessità.

3.4 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è stato approvato con determina del Direttore Generale n. 789 del 15.11.2021 e dalla delibera del CdA n. 8.11 del 28.12.2021 che ha approvato il bilancio di previsione pluriennale 2022-2024, a sua volta approvato con delibera della Giunta Regionale n. 6/25 del 25.02.2022.

Di seguito, per economicità di lettura, se ne riportano i tratti salienti rimandando per ogni altro dettaglio alla citata determina del Direttore Generale.

Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) fa riferimento esclusivamente al personale dipendente ed evidenzia e formalizza il fabbisogno di personale necessario per garantire la funzionalità a regime dell'organizzazione "aziendale" come configurata nel Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Il Piano del fabbisogno di personale, periodo 2022-2024, è formato dal prospetto n. 1 (singolarmente compilato per ciascuno dei tre anni di programmazione), dal prospetto n. 2 (di quadratura contabile con i documenti economici), e dalla tabella n. 3 (sezione specifica per la Ricerca ex legge n. 205/2017).

Le fonti di finanziamento, sommariamente, appartengono a tre tipologie:

1. il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale;
2. il finanziamento – contributo RAS per le finalità di cui alla L.R. le n. 12/2008, tenuto conto della deliberazione della G.R. n. 23/38 del 2021;
3. il finanziamento della Ricerca ai sensi dell'art. 1, comma 424, della legge n. 205/2017

Nella predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP), esclusivamente con riferimento al personale imputato al finanziamento vincolato del Fondo sanitario nazionale (fonte del primo tipo), si deve tener conto del vincolo economico di cui all'art. 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (e successive modificazioni e integrazioni), che stabilisce che: *gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.*

In particolare, la disponibilità delle risorse per l'Istituto rispetto al vincolo di legge, con riferimento al 2022, è pari a complessivi € 580.535,00 alla data del 30.11.2021, al lordo delle cessazioni che si prevedono nel corso degli anni in considerazione.

Dentro tale perimetro economico, che come precisato contiene anche i valori generati dalle cessazioni presunte nell'anno in considerazione, il PTFP viene predisposto e aggiornato annualmente come allegato dei documenti di programmazione dell'Istituto (bilanci economici annuali e pluriennali di previsione) tenuto conto:

- della coerenza con l' "atto aziendale", ovvero il Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi, approvato con la delibera della Giunta regionale n. 23/3 del 20.04.2016, come modificato con deliberazione del Consiglio di amministrazione n. 5.6 del 29.10.2018;
- della necessità di garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie secondo i criteri della qualità, e della organizzazione territoriale dei medesimi servizi, come previsto nel Regolamento "Manuale della qualità" approvato con determina n. 344 del 2.07.2010;
- della programmazione pluriennale delle attività come prevista nei Piani nazionali adottati dal Ministero della salute in materia di Sanità animale, Sicurezza alimentare (piani di controllo ufficiale e LEA), nel Piano regionale integrato dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare e nel Piano regionale di prevenzione;
- della necessaria coerenza della programmazione pluriennale delle attività con la pianificazione della "performance", come risultante dal Piano performance;
- dei compiti istituzionali dell'Istituto in termini di obiettivi e professionalità necessarie.

Ai sensi dell'art. 1, commi 2 e 4, lettere a) e d), del D.Leg.vo 30 giugno 1993, n. 270, l'Istituto svolge, inoltre, attività di ricerca scientifica sperimentale di base e finalizzata, per lo sviluppo delle conoscenze in materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti, sia di origine animale che, ai sensi del decreto ministeriale 27 febbraio 2008, di origine vegetale non trasformati. La ricerca scientifica e sperimentale rientra, pertanto, tra i compiti istituzionali in capo all'Istituto che ha l'obbligo-dovere di organizzarla e svilupparla nel rispetto degli indirizzi e dei programmi disposti dal Ministero della salute.

La legge 27 dicembre 2017, n. 205 (bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018), art. 1, commi da 422 a 434, al fine di garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria, parte integrante del servizio sanitario nazionale, e di consentire un'organica disciplina dei rapporti di lavoro del personale della ricerca sanitaria, ha istituito un apposito ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla stessa. L'art. 1, comma 423 della citata legge 205/2017, in particolare, dispone che " Gli atti aziendali di organizzazione degli Istituti prevedono, nell'ambito delle vigenti dotazioni organiche senza nuovi o maggiori oneri, una specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca ...".

A seguito di ciò, nel nostro Istituto sono state assunte n. 27 unità delle 36 previste e con il PTFP 2022-2024 si rileva anche la "specificità e autonoma sezione per le funzioni di ricerca", indicando il fabbisogno del personale segnatamente riferito ai profili professionali necessari, tenuto conto dei progetti e dei programmi di ricerca sviluppati negli ultimi anni, secondo la tabella n. 3 (tabella Ricerca).

Estratto dal Prospetto n.1 - PTFP personale dipendente					
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024					
ANNO 2022					
Profilo Professionale / Disciplina	Dotazione Organica	Posti Coperti al 1/1/2022	Cessazioni x anzianità	Assunzioni	Posti coperti al 31/12/2022
Ruolo Amministrativo					
Comparto					
Coadiutore Amministrativo - B	4	3	0	1	4
Coadiutore Amministrativo Esperto - BS	16	16	0	0	16
Assistente Amministrativo - C	16	15	0	1	16
Collaboratore Amministrativo professionale - D	12	12	1	0	11
Collaboratore Amministrativo professionale esperto - DS	4	4	0	0	4
Dirigenza					
Dirigente Amministrativo	6	4	0	2	6
Totale Ruolo Amministrativo	58	54	1	4	57
Ruolo Professionale					
Comparto					
Dirigenza					
Dirigente Ingegnere	1	1	0	0	1
Totale Ruolo Professionale	1	1	0	0	1
Ruolo Tecnico					
Comparto					
Operatore tecnico - B	5	3	0	2	5
Operatore tecnico Specializzato - BS	47	46	1	0	45
Programmatore - C	12	12	0	0	12
Assistente Tecnico - C	17	16	0	1	17
Collaboratore tecnico professionale - D	17	15	1	2	16
Collaboratore tecnico professionale esperto - DS	1	1	0	0	1
Dirigenza					
Dirigente Analista	1	1	0	0	1
Totale Ruolo Tecnico	100	94	2	5	97
Ruolo Sanitario					
Comparto					
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. Di Laboratorio Biomedico - D	64	63	1	1	63
Dirigenza					
Dirigente biologo	7	7	0	0	7
Dirigente chimico	2	2	0	0	2
Dirigente Veterinario	28	26	1	2	27
Totale Ruolo sanitario	101	98	2	3	99
Personale Complessivo					
Totale Comparto	215	206	4	8	210
Totale Dirigenza	45	41	1	4	44
Totale Complessivo Personale Dipendente *	260	247	5	12	254

Tenuto conto della Del. G. Reg.le n° 23/38 del 2021 (Piano di rientro) - escluso personale della ricerca

Si rinvia alla determina n. del Direttore Generale n. 789-2021 di cui all'allegato n. 3 del presente Piano correlata delle relative tabelle (allegati nn. 4, 5, 6, 7 e 8).

3.4.1 Formazione del personale

La formazione rappresenta una area strategica dell'Ente che, in linea con quanto previsto dal Piano Strategico si intende potenziare e sviluppare sia in un'ottica interna di crescita professionale del personale, che esterna come apporto formativo al territorio.

Il Piano Formativo Aziendale 2022 è stato approvato con determina del Direttore Generale n. 883 del 20.12.2021.

Analisi dell'attività svolta nel 2021

Con l'emergenza COVID 19, iniziata nel mese di marzo 2020, considerate le disposizioni governative riguardanti la sospensione degli eventi residenziali (delibera del 10 giugno 2020), l'attività formativa nel 2021 è stata realizzata quasi esclusivamente in modalità FAD.

Il Piano formativo aziendale 2021, come descritto nel documento di programmazione, è stato una riproposizione del Piano Formativo 2020 al netto delle attività già erogate. Hanno fatto eccezione le attività formative richieste dalla Regione – Assessorato alla Sanità, Servizio Prevenzione – e rivolte ai veterinari del territorio su temi inerenti i nuovi regolamenti sulla Sicurezza alimentare e Sanità animale, ed alcune attività richieste dal Ministero e rivolte principalmente al personale della ricerca, nonché i corsi obbligatori sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro e sulla Qualità.

Nel corso del 2021 Il personale dell'Ente si è formato attingendo alle offerte formative promosse da altri Enti del SSN (ISS, altri IZS, Ministero della Salute) per gli aspetti tecnici o ad Enti di formazione Nazionali per le novità in materia di lavoro agile (POLA)

Quadro riassuntivo dell'attività svolta nel periodo Gennaio -Ottobre 2021

Titolo Corso	Tipologia	Edizione	Data inizio	Data fine	Durata (Ore)	ECM	Numero partecipanti
Lotta all'echinococcosi cistica Formazione e informazione per prevenirla	Piattaforma internet EDUISS dell'ISS	1	30 /12/2020	27/07/2021	16 Ore	16	2.000
Lo Smart Working e la redazione del POLA, il piano organizzativo del lavoro agile, tra vincoli ed opportunità	Fad Sincr	1	22/02/2021	22/02/2021	6 ore	0	7
L'attività di rendicontazione nel programma HORIZON 2020	Fad Sincr	1	24/03/2021	24/03/2021	5 ore	7.5	33
Verso il nuovo programma europeo per la ricerca	Fad Sincr	1	13/04/2021	04/05/2021	10 ore		31
Il regolamento (UE) 625/2017, aspetti innovativi ed effetti giuridici.	Fad Sincr	1	14/04/2021	15/04/2021	9 ore	13.5	86
		2	22/04/2021	23/04/2021			88
		3	12/05/2021	13/05/2021			69

Corso teorico-pratico sulla Trichinella	Res	1	23/06/2021	23/06/2021	8 ore	11.3	6
Il regolamento (UE) 2017/625 e le nuove norme nazionali di adeguamento: ruolo dei laboratori ufficiali, controperizia e	Fad Sincr	1	29/06/2021	29/06/2021			41
		2	30/06/2021	30/06/2021	6 ore	9	27
12° Convegno sulla RicercaDell'Izs Sardegna	Fad Sincr	1	06/07/2021	06/07/2021	4 ore	0	72
Riflessioni, decisioni ed azioni per guidare presente e futuro	Residenziali	1	17/09/2021	17/09/2021	6 ore	0	14
Nuovi scenari organizzativi dettati dall'emergenza sanitaria e la gestione dei rischi psicosociali associati	Fad Sincr	1	22/09/2021	22/09/2021			20
		2	27/09/2021	27/09/2021			14
		3	01/10/2021	01/10/2021			17
		4	08/10/2021	08/10/2021	4 ore	0	21
Selezione, validazione e verifica dei metodi di prova a fronte dei requisiti della UNI CEN ISO/IEC 17025/2018	Fad Sincr	1	30/09/2021	30/09/2021	7 ore	10.5	19
Il regolamento (UE) 2017/625 e nuove norme nazionali di adeguamento: novità per l'autorità competente	Fad Sincr	1	04/10/2021	04/10/2021			66
		2	05/10/2021	05/10/2021	6 ore	9	80
Corso di formazione per dirigenti - EX D.LGS. 81/08, ART. 37, Comma 7 E SS.MM.	Fad Sincr	1	26/10/2021	27/10/2021	16	24	18

Rilevazione dei bisogni formativi: obiettivi Nazionali, Regionali, Aziendali da perseguire.
Il fabbisogno formativo per il 2022 è stato rilevato attraverso:

- L'analisi dell'attività svolta dell'anno precedente;
- Lo studio dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali
- L'utilizzo di apposite schede di rilievo del fabbisogno formativo tramesso a tutte le articolazioni aziendali e alla Regione, Assessorato alla Sanità

Le informazioni raccolte dalla Servizio Programmazione della Ricerca, Formazione, educazione Sanitaria, sono state elaborate ed inserite in questo documento secondo i criteri ed il format richiesto dall'Ente Accreditante

Il PFA 2022 costituisce l'offerta formativa annuale dell'Istituto. La proposta di Piano verrà validata dalla Direzione Aziendale, dal Comitato scientifico della formazione, dal Comitato Tecnico dell'Assessorato regionale alla Sanità e approvato con atto deliberativo entro il 31/12/2021 dalla Direzione Generale.

Sono 38 gli obiettivi che la Commissione Nazionale ha individuato in campo sanitario. Spaziano dalla sicurezza alimentare, ambientale e sui luoghi di lavoro, ad obiettivi più tecnico-specialistici legati alle

evidenze (EBM – EBN – EBP), alla epidemiologia e farmacoecologia, allo sviluppo delle competenze specialistiche ed ultra specialistiche, al management sanitario.

I 38 obiettivi formativi generali si possono raggruppare in tre aree:

Obiettivi formativi tecnico - professionali, obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina;

Obiettivi formativi di processo, obiettivi finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;

obiettivi formativi di sistema, obiettivi finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

Programma formativo per l'anno 2022

Sulla base della rilevazione dei fabbisogni formativi, nella tabella che segue sono sintetizzate le aree tematiche del PFA 2022 e gli obiettivi formativi da perseguire

AREA 1 - Formazione manageriale	Formare il personale dirigente per migliorare le capacità manageriali nel nuovo contesto organizzativo
Area 2 - Sicurezza/qualità	Formare il personale dell'Istituto in materia di qualità e sicurezza nei luoghi di lavoro
Area 3 – Comunicazione, ricerca, formazione	Formare i ricercatori su metodologie di progettazione formare il personale sui metodi alternativi organizzare corsi e convegni per disseminare i risultati della ricerca
Area 4 – Tecnico Sanitaria	Miglioramento delle competenze tecniche del personale che opera nel SSN; Formare il personale dell'IZS e delle ASSLL e regionale per garantire l'attuazione degli obiettivi Nazionali e regionali in tema di SPV con l'organizzazione di eventi formativi su temi specifici; Formare il personale che opera nei laboratori e nei servizi sulle tematiche di specifica competenza (innovazione tecnologica, procedure, normativa)
Area 5- Amministrativa	Miglioramento delle competenze del personale amministrativo sulle tematiche di specifica competenza (innovazione tecnologica, procedure, normativa)
Area 6 – Territorio	Su specifica richiesta regionale formare il personale delle ASL e della Regione su materie di interesse veterinario

Monitoraggio e verifica: Monitoraggio della qualità; indicatori

Le rilevazioni statistiche finalizzate al miglioramento dell'offerta formativa effettuate dal Provider sono quelle tese a verificare l'efficacia formativa, la qualità educativa e l'utilità dell'attività formativa per la formazione/aggiornamento specifico.

I responsabili scientifici rilevano, di concerto con le direzioni delle SC aziendali con l'uso degli indicatori previsti nei singoli progetti, la ricaduta (risultato) dell'azione formativa sull'organizzazione e/o il contributo alla risoluzione dei problemi, mediante aggiornamento dell'analisi delle competenze

possedute dal personale coinvolto nelle attività formative; la partecipazione alle attività formative programmate rappresenta un indicatore per la valutazione delle performance individuali annuali del personale.

Il Report Annuale della Formazione rappresenta la fonte informativa utilizzata per il monitoraggio e la verifica del Piano della Formazione. A cadenza annuale la Direzione Generale attraverso il documento di riesame determina l'adeguatezza, la conformità e l'efficacia delle attività svolte dal Provider.

Risorse Economiche per l'attuazione del PFA 2022

Tipologia fondo 	1% monte salari	Fondi della ricerca	Finanziamenti regionali *
Consistenza fondo	109.477,27 (dati conto annuale 2020 - redditi 2019)	€ 43.400 (dato RC 2020)	Contributo RAS Altri finanziamenti regionali
Personale beneficiari 	Attività	Attività	Attività
Personale a tempo indeterminato	formazione interna e formazione individuale esterna	formazione interna e formazione individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale a tempo determinato	formazione interna e formazione individuale esterna	formazione interna e formazione individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale specialistico	formazione interna di specifica competenza	formazione individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale piramide della ricerca	formazione interna di specifica competenza	formazione individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale interinale	formazione obbligatoria		

Le attività formative programmate sono indicate nelle relative schede di cui all'**allegato n. 9** del PIAO: "Dettaglio attività formative programmate".

4. SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle precedenti Sottosezioni avverrà secondo quanto previsto dal sistema di riferimento (Performance, Rischi corruttivi e trasparenza, Lavoro agile, Piano triennale dei fabbisogni, Piano delle azioni positive, Formazione) come sopra esposto e a cui si rinvia.

L'Istituto ha previsto inoltre fra le Performance 2022 uno specifico obiettivo sulla rilevazione del grado di soddisfazione utenti

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.