



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023-2025

ANNUALITA' 2023

(Ai sensi dell'art. 6 decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, recante «*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*»).

Adottato con deliberazione commissariale n. 188 del 30 marzo 2023

Sommario

PREMESSA	3
LA STRUTTURA DEL PIAO.....	4
SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	4
SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	9
2.1 Sottosezione Valore pubblico	9
2.2 Sottosezione Performance	16
2.3 Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza	27
SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	78
3.1 Sottosezione Struttura organizzativa	78
3.2 Sottosezione Organizzazione del lavoro agile	83
3.3 Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale	100
3.4 Sottosezione Piano Triennale delle Azioni Positive	113
SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 4. MONITORAGGIO.....	122
4.1 Sottosezione Monitoraggio ciclo di gestione delle performance	123
4.2 Sottosezione Monitoraggio trasparenza e anticorruzione	124

ALLEGATI:

- **All. 1.1** – schede di programmazione AAEGP (Link)
- **All. 1.2** - schede di programmazione AAGLC (Link)
- **All. 1.3** - schede di programmazione AGRE (Link)
- **All. 1.4** – schede di programmazione AGRU (Link)
- **All. 2** - Piano per la formazione 2023-2025 (Link)
- **All. 3** – Codice di comportamento dei dipendenti dell’IZS Sicilia (Link)
- **All. 4** – Elenco degli obblighi di pubblicazione 2023-2025 (Link)
- **All. 5** - Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) - Accordo individuale

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 (da ora PIAO).

Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a pubblicare il PIAO e i relativi aggiornamenti entro il predetto termine nel proprio sito internet istituzionale e ad inviarli al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale (*c.d. "doppio livello di pubblicità istituzionale"*).

Per il 2023 il Ministro per la pubblica amministrazione e l'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), per i profili di rispettiva competenza, hanno ritenuto condivisibile la proposta emersa in sede di Conferenza unificata sul Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) di un differimento del termine per l'adozione del PIAO, e quindi del PTPCT (Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza), non oltre il 31 marzo 2023;

Tale differimento è stato reso effettivo nell'ambito dell'approvazione in sede parlamentare, nelle Commissioni riunite 1a e 5a del Senato, delle proposte emendative al decreto-legge cosiddetto Milleproroghe (Dl 29 dicembre 2022, n. 198)

Il tratto peculiare del PIAO è senza dubbio il suo carattere *integrato*, nel senso di una evidente eterogeneità dei contenuti e nel senso che, attraverso lo stesso, si vuole realizzare una vera e propria "concentrazione" di piani, programmi e previsioni, già disciplinati da altre normative di settore.

Il Piano, infatti, ha la finalità di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le Pubbliche Amministrazioni.

Gli atti di pianificazione assorbiti dal PIAO sono:

- il ***Piano triennale della performance*** che contiene gli obiettivi programmatici e strategici della *performance*, stabilendo il collegamento tra le *performance individuali* ed i risultati della *performance organizzativa* sulla base di indicatori di sistema;
- il ***Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza*** che individua gli strumenti per prevenire il fenomeno corruttivo e per raggiungere la piena trasparenza nell'attività organizzativa;
- il ***Piano triennale di fabbisogno di personale*** che definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e le modalità di valorizzazione delle risorse interne nell'alveo degli strumenti e delle procedure previsti;
- il ***Piano Operativo Lavoro Agile (POLA)*** e il ***Piano della Formazione Aziendale (PFA)***, previo confronto sindacale ai sensi dell'articolo 6, comma 3, lettere i) ed l) del CCNL 2019-2021;
- il ***Piano triennale delle azioni positive*** che individua le azioni utili per il miglioramento del benessere organizzativo di competenza del CUG.

Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6.

In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 (GU Serie Generale n.151 del 30-06-2022) sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022) ha definito il contenuto del Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

LA STRUTTURA DEL PIAO

Coerentemente con i decreti presidenziali e ministeriali di riferimento il presente documento si suddivide nelle seguenti 4 Sezioni:

1. **Scheda anagrafica dell'amministrazione;**
2. **Valore pubblico, performance e anticorruzione:** dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. **Organizzazione e capitale umano:** dove viene presentato il modello organizzativo adottato dall'Azienda;
4. **Monitoraggio:** dove sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri" appartiene alla rete degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (I.Z.Z.SS.), uno strumento tecnico-scientifico con il quale il Servizio Sanitario Nazionale assicura la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione degli operatori, l'attività di laboratorio e la diagnostica, oltre al controllo ufficiale degli alimenti.

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

Ogni Istituto Zooprofilattico estende la sua competenza da una a un massimo di tre regioni; il territorio di competenza dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia coincide con quello della omonima Regione.

L'area geografica di riferimento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia è costituita dalla Regione Sicilia, che si estende su una superficie complessiva di 25.711 chilometri quadrati su

cui insiste una popolazione di 4.833.329 abitanti dislocata su 390 comuni. L’Area è suddivisa in 9 Province sedi delle corrispondenti Aziende Sanitarie Provinciali. Il territorio di competenza è costituito per il 61,4% da terreno collinare, il 24% da rilievi montuosi, e il restante 14,2% da terreni pianeggianti.

Le aree protette rappresentano circa l'8% del territorio regionale. Il parco dell'Etna si estende dalla vetta del vulcano sino ai primi paesi alle sue pendici abitate da numerose specie animali quali istrici, volpi, gatti selvatici, martore, lepri, donnole, ghiri e moltissimi volatili, in particolare i rapaci diurni (sparvieri, aquile reali) e notturni (barbagianni).

La popolazione residente della Regione suddivisa per provincia è rappresentata nella seguente tabella:

<u>Dataset: Popolazione residente al 1° gennaio 2022</u>				
Età		totale		
Stato civile		totale		
Tipo di indicatore demografico		popolazione al 1° gennaio		
Selezione periodo		2022		
Sesso		maschi	fermine	totale
Territorio				
Sicilia		2353773	2479556	4833329
Trapani		205214	212006	417220
Palermo		585637	623354	1208991
Messina		291475	311754	603229
Agrigento		202481	213406	415887
Caltanissetta		121966	129749	251715
Enna		75786	80944	156730
Catania		523886	553629	1077515
Ragusa		157045	159097	316142
Siracusa		190283	195617	385900

Dati estratti il 10 Jan 2023 16:25 UTC (GMT) da I.Stat

L’Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia “A. Mirri” è un ente sanitario di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, gestionale, tecnica e contabile che opera nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 1993, n. 270, decreto recepito dalla legislazione regionale siciliana mediante l’articolo 37 della L.R. n. 30/1993. Il più recente D. Lgs. 28 giugno 2012, n. 106 di “*Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell’articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183*” è stato recepito, per quanto concerne il Capo II articoli da 9 a 16, dalla Regione Siciliana con L.R. 11 agosto 2020 n° 17 “*Riordino dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia*”.

Successivamente, con D.P.R.S. 24 marzo 2022, n. 10 è stato adottato il Regolamento di attuazione dell’art. 3, comma 1, della sopra richiamata L.R. n. 17/2020 il quale ha disciplinato le modalità gestionali, organizzative e di funzionamento dell’Istituto, l’esercizio delle funzioni di sorveglianza amministrativa, di indirizzo e di verifica, nonché i criteri di valutazione dei costi, dei rendimenti e di verifica dell’utilizzo delle risorse.

Ai sensi dell'articolo 1 del predetto Decreto Presidenziale, l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia è tenuto in via ordinaria ad assicurare l'espletamento dei seguenti compiti, secondo le modalità organizzative e di funzionamento disciplinate dallo stesso decreto:

- a) la ricerca sperimentale sull'eziologia, sulla patogenesi e la profilassi delle malattie infettive diffuse degli animali;
- b) la ricerca in materia di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- c) il supporto scientifico e operativo per le azioni di difesa sanitaria e di miglioramento delle produzioni animali;
- d) la ricerca di base e finalizzata, di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto del Ministro della sanità 16 febbraio 1994, n. 190, per lo sviluppo delle conoscenze in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, secondo programmi ed anche mediante convenzioni con l'Università ed Istituti di ricerca italiani e stranieri, nonché su richiesta dello Stato, delle Regioni ed altri enti pubblici;
- e) lo studio e la sperimentazione di tecnologie e metodiche necessarie al controllo sulla salubrità degli alimenti e dell'alimentazione animale;
- f) la formazione di personale specializzato nel campo della profilassi e la salubrità degli alimenti anche presso istituti e laboratori di paesi esteri;
- g) l'elaborazione e l'applicazione di metodi alternativi all'impiego di modelli animali nella sperimentazione scientifica;
- h) la consulenza e l'assistenza agli allevatori per la bonifica zoonosanitaria, per lo sviluppo ed il miglioramento igienico delle produzioni animali;
- i) il servizio diagnostico delle malattie degli animali e delle zoonosi;
- j) il supporto tecnico, scientifico ed operativo all'azione di farmacovigilanza veterinaria;
- k) la sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, dell'igiene delle produzioni zootecniche, dell'igiene degli alimenti di origine animale, anche mediante un centro epidemiologico;
- l) la cooperazione tecnico-scientifica con istituti del settore veterinario anche esteri, previa intesa con il Ministero della salute;
- m) l'attuazione di iniziative statali o regionali, anche in collaborazione con le Università per la formazione, l'aggiornamento e la specializzazione di veterinari e altri operatori;
- n) l'esecuzione degli accertamenti analitici necessari alle azioni di polizia veterinaria ed all'attuazione dei piani di profilassi, risanamento ed eradicazione;
- o) l'esecuzione degli esami necessari all'attività di controllo sugli alimenti di origine animale, nonché degli esami necessari all'attività di controllo sull'alimentazione animale;
- p) la produzione, la commercializzazione e la distribuzione di medicinali e prodotti necessari per la lotta alle malattie degli animali, nell'espletamento delle funzioni di sanità pubblica veterinaria, previa autorizzazione del Ministero della salute;
- q) l'esecuzione degli accertamenti analitici nell'ambito dell'igiene della sanità veterinaria riferiti alle emergenze sanitarie, supporto alla sanità pubblica, giusta autorizzazione del Ministero della salute.

L'IZS Sicilia, inoltre, mediante convenzioni, può svolgere attività di supporto tecnico-scientifico e tirocini nei corsi di laurea di Medicina Veterinaria, nelle scuole di specializzazione e nei dottorati di ricerca.

L'Istituto può convenzionarsi con Università nazionali ed estere che ne fanno richiesta per le materie di interesse.

L'IZS Sicilia è ente pubblico sanitario, caratterizzato da natura strumentale, cioè non di erogatore diretto in via principale di servizi e prestazioni sanitarie ai cittadini ma, in coerenza con il suo mandato

istituzionale, principalmente fornisce consulenza tecnico-scientifica alle Aziende Sanitarie provinciali (ASP) ed agli organi di governo della Regione Siciliana.

Tale caratteristica contraddistingue l'IZS Sicilia quale punto di raccordo e di scambio di *know how* tra il settore scientifico (IZS), il settore operativo (ASP) e quello di governo (Regione e Ministero) del Sistema Veterinario Regionale e Nazionale.

L'IZS Sicilia costituisce quindi un fondamentale strumento tecnico-scientifico a supporto dell'attività dell'Assessorato Salute ed Agricoltura, dei Servizi Veterinari, sia nel campo della sanità animale, sia in quello del controllo degli alimenti di origine animale, dell'alimentazione degli animali e del loro benessere.

Le attività di consulenza e le prestazioni tecnico-scientifiche riguardano vari livelli (clinico-diagnostico, epidemiologico, di supporto decisionale, di verifica, di processo formativo, etc.) e si sostanziano nello svolgimento di esami chimici di esami di laboratorio per la sicurezza alimentare, il benessere degli animali, la diagnosi, la ricerca scientifica, la formazione e comunicazione nel settore della prevenzione sanitaria.

La "mission" dell'Istituto Zooprofilattico della Sicilia è infatti quella di promuovere la salute pubblica e la sanità animale garantendo adeguati servizi di diagnostica, benessere animale, sicurezza alimentare, sorveglianza epidemiologica e ricerca scientifica.

Parte dei suddetti servizi (esami di laboratorio, certificazioni di prodotti) sono erogati, a pagamento, anche agli utenti privati, in qualità di laboratorio accreditato.

I compiti primari dell'Istituto riguardano:

- controllo e prevenzione delle malattie degli animali, comprese le zoonosi;
- controllo della qualità e della sicurezza degli alimenti di origine animale;
- controlli sugli alimenti di origine vegetale trasformati e non trasformati;
- controlli sui mangimi;
- epidemiologia e analisi del rischio;
- genetica molecolare a fini epidemiologici;
- protezione ambientale;
- gestione delle emergenze sanitarie;
- messa a punto di metodi diagnostici innovativi, specifici, sensibili e rapidi, per esprimere dati di laboratorio di qualità;
- consulenza specialistica veterinaria;
- attività formativa specialistica ed educazione alla salute;
- ricerca scientifica.

La Ricerca scientifica insieme alla formazione del personale, in quanto attività trasversali alla sanità pubblica veterinaria, contribuiscono anche al miglioramento delle produzioni, alla valorizzazione dei prodotti e allo sviluppo di sistemi di produzione compatibili nei vari settori agro-alimentari e nella pesca.

L'Istituto assicura ai propri dipendenti la formazione e l'aggiornamento professionale, nel rispetto della normativa e delle regole che sovrintendono il sistema della formazione continua in medicina.

Favorisce l'accesso alla formazione di tutto il personale e rivolge la sua offerta formativa sia alle professioni sanitarie tenute all'ECM che alle altre professionalità presenti in istituto, allo scopo di promuovere la conoscenza e lo sviluppo professionale.

Gli interventi formativi fanno riferimento ai Piani Sanitari Nazionale e Regionali, in coerenza con quanto previsto dalla normativa in materia di ECM. Il sistema aziendale della formazione, definito dal Comitato Tecnico Scientifico, è attuato dall'U.O. "*Qualità Formazione Permanente e Aggiornamento del Personale*", unità operativa in staff alla Direzione Generale.

Nello svolgimento della propria attività l'IZS Sicilia si uniforma a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, è tenuto al rispetto del pareggio di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi ed agisce mediante atti di diritto privato nel rispetto dei vincoli fissati dall'ordinamento.

L'Istituto è anche sede dei sotto indicati **Centri di referenza nazionale** istituiti dal Ministero della Salute:

- 1) Centro di Referenza Nazionale per le Leishmaniosi (C.Re.Na.L.);
- 2) Centro di Referenza Nazionale per Anaplasma Babesia, Rickettsia e Theileria (C.r.a.Ba.R.T.);
- 3) Centro di Referenza Nazionale Anisakiasi (C.Re.N.A.);
- 4) Centro di Referenza Nazionale per la Toxoplasmosi (Ce.tox.);
- 5) Centro di Referenza Nazionale sul Benessere, Monitoraggio e Diagnostica delle Malattie delle Tartarughe Marine (C.Re.Ta.M.).

I Centri di referenza sono uno strumento operativo di elevata e provata competenza nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica.

Le loro funzioni sono finalizzate, nell'ambito del settore di competenza, a confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori, attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi, avviare "*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 Nazionale per la Babesiosi, Theileriosi e Leishmaniosi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia sono stati riconosciuti **Laboratori di Riferimento Internazionale OIE** (Organizzazione Mondiale per la Sanità Animale) nel corso dell'82^a Sessione Generale dei Delegati di 178 Paesi Membri (tenutasi nel maggio 2014), confermando le eccellenti competenze tecnico-scientifiche di formazione, cura e ricerca delle specifiche patologie trattate.

Nel 2018, l'Organizzazione Mondiale per la Sanità Animale ha designato laboratorio di riferimento OIE per l'Agalassia Contagiosa il laboratorio dell'IZS Sicilia in seno all'Area Diagnostica Specialistica. Il laboratorio fornisce assistenza scientifica, tecnica e consulenza di esperti su argomenti legati alla diagnosi e al controllo della malattia.

L'Istituto consta complessivamente di 5 sedi allocate presso Barcellona Pozzo di Gotto, Catania, Caltanissetta, Palermo e Ragusa. La sede centrale e legale, è quella di Palermo.

Dal 1989 l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia è accreditato come ente multi sito al quale vengono riconosciute le prove eseguite nei propri Laboratori, attribuendo allo stesso il numero "0246".

L'accreditamento, come espresso nel relativo certificato ACCREDIA, comporta la verifica della competenza tecnica del Laboratorio relativamente alle prove accreditate e del suo Sistema Qualità, in conformità alle prescrizioni della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e taratura" e alle prescrizioni ACCREDIA.

L'Istituto opera "in qualità", esegue esami di laboratorio la cui validità è riconosciuta in tutta Europa e certificata da minuziosi controlli effettuati dall'interno e dall'esterno della struttura a garanzia e tutela costante della Salute Pubblica e dei settori della produzione, commercializzazione e vendita dei prodotti alimentari.

La "cultura veterinaria" del Paese, infatti, ha sempre guardato alle malattie degli animali con l'obiettivo di tutelare la Salute Pubblica, in un sistema integrato di sanità e benessere animale e sicurezza, anticipando il concetto di salute unica (*one health*), oggi diffuso a livello globale.

Attraverso una pluralità di servizi, quali la sorveglianza epidemiologica e la ricerca sperimentale, l'attività diagnostica, la gestione dell'informazione e della conoscenza, la comunicazione e la formazione, l'Istituto rappresenta oggi un punto di riferimento a livello regionale e nazionale. L'efficacia e l'efficienza della sua azione sono garantite non solo dall'elevata qualità dei servizi tecnico-scientifici erogati, ma anche dalla grande attenzione ai processi gestionali, sottoposti a un miglioramento continuo.

SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione Valore pubblico

RISULTATI ATTESI

Con il Decreto legge n. 80 del 09.06.2021, convertito in Legge 113 del 06.08.2021, si assiste ad un cambio di paradigma del significato di performance, non più solo legato all'efficienza e efficacia dei servizi, ma anche ad azioni orientate verso l'esterno, in un'ottica di accountability e di valore pubblico.

Il valore pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne all'amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse).

Infatti, si parla di valore pubblico sia come incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.), sia come capacità dell'ente di perseguire questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse, presidiando non solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa", logica di breve periodo) ma anche il "come", allargando la sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

Mentre gli indicatori di efficienza e di efficacia riguardano la performance organizzativa di un ente, ovvero ciò che l'amministrazione riesce a realizzare con le risorse a disposizione rispetto agli obiettivi programmati, la dimensione dell'impatto esprime invece l'effetto generato da una politica o da un servizio sui destinatari diretti o indiretti, nel medio-lungo termine, nell'ottica del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza.

Gli indicatori di *outcome* sono tipicamente utilizzati per la misurazione degli obiettivi specifici triennali. Essi esprimono dunque "l'impatto, risultato ultimo di una azione"¹ e cercano di quantificare gli impatti dell'azione dell'ente nel suo complesso sull'ambiente esterno, in termini di risposta ai bisogni dei differenti stakeholder.

Diversi sono gli ambiti d'impatto su cui possono incidere gli i risultati e possono essere misurati sia in valori assoluti che in termini di variazione percentuale rispetto alla condizione di partenza (il valore soglia dell'indicatore da raggiungere può accrescersi nel triennio o prevedere anche un valore di mantenimento, laddove, sulla base delle risorse disponibili e dei fattori interni ed esterni d'influenza, non sia possibile un ulteriore avanzamento).

Gli indicatori d'impatto esprimono l'effetto atteso o generato (outcome) 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 economico-sociale rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio.

Gli indicatori possono riferirsi a diversi ambiti d'impatto degli obiettivi dell'amministrazione e possono essere misurati sia in valori assoluti che in termini di variazione percentuale rispetto alla condizione di partenza.

I risultati di outcome possono incidere su diverse dimensioni:

- *impatto sociale*: esprime l'impatto indotto sulle varie componenti della società (giovani, anziani, laureati, ecc.) e sulle relative condizioni sociali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto allo stato di bisogno;
- *impatto economico*: esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del tessuto economico (altre istituzioni, imprese, terzo settore, ecc.) e sulle relative condizioni economiche e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione economica di partenza;
- *impatto ambientale*: esprime l'impatto indotto sulle varie componenti del contesto geomorfologico in cui opera l'amministrazione e sulle relative condizioni ambientali e può essere misurato in valori assoluti oppure come variazione percentuale rispetto alla condizione ambientale di partenza;
- *impatto culturale*: esprime l'impatto indotto sulla opinione pubblica inteso in termini di aumento della consapevolezza su determinati valori;
- *impatto sanitario*: esprime l'impatto indotto in termini di miglioramento dello stato di salute di una comunità/collettività.

Un'amministrazione crea *valore pubblico* quando consegue nelle categorie evidenziate un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti.

Inoltre gli impatti si differenziano in:

- impatti diretti: quando sono in grado di generare con una azione diretta il loro valore pubblico;
- impatti indiretti: quando generano il loro valore pubblico in maniera indiretta, in quanto sono all'interno della catena dei valori.

¹ Delibera CIVIT n.89/2010

Tutte le diverse categorie di indicatori (di efficienza, di efficacia, di outcome e dello stato delle risorse) rappresentano l’amministrazione come un sistema *input/output/outcome* e al contempo definiscono e misurano le dimensioni rilevanti della performance organizzativa attesa e, a consuntivo, quella realizzata. Tale sistema può rappresentarsi graficamente come segue.



Un ente pubblico genera valore pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

Il valore pubblico perseguito istituzionalmente dall’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia si inserisce primariamente nel valore costituzionale della “Tutela della salute” (art. 32 della Costituzione).

Come accennato nella precedente sezione, infatti, la finalità istituzionale dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia e, dunque, la sua attribuzione legale e statutaria, si identifica:

- nello svolgimento di attività di ricerca scientifica sperimentale in sanità pubblica veterinaria e di accertamento dello stato sanitario degli animali e di igiene della filiera agro-alimentare;
- nel garantire le prestazioni e la collaborazione tecnico-scientifica in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria ai servizi veterinari alla Regione Sicilia ed alle aziende unità sanitarie locali della Regione.



Sinteticamente i settori di intervento istituzionali e di cui consta la *mission* dell’Istituto abbracciano molteplici campi di azione, tra cui i più salienti sono la sanità animale, la sicurezza alimentare, la ricerca scientifica, il benessere animale e la sorveglianza epidemiologica.

Alla luce della normativa di riferimento che involge le attività e i campi d’intervento propri dell’Istituto, delle norme ed alle linee guida sul PIAO e del PNRR, la misurazione degli impatti (risultati di outcome) in termini di maggiore livello di benessere sanitario della collettività o di impatto sociale quale maggior consenso dell’opinione pubblica con riferimento al benessere animale, risultano per l’Istituto, quale ente strumentale ma quale punto di raccordo e di scambio di *know how* tra il settore scientifico (IZS), il settore operativo (ASP) e quello di governo (Regione e Ministero) che non fornisce direttamente servizi sanitari all’utenza, di non facile definizione.

Gli ambiti di intervento, il valore pubblico perseguito e gli impatti sui quali l’Istituto programma di agire nel triennio 2023-2025 sono individuati e specificati nella seguente tabella.

AMBITI	VALORE PUBBLICO	INDICATORE	IMPATTI
SANITA' PUBBLICA	Il valore pubblico in questo ambito è sia di tipo sanitario, che economico ma anche sociale e si riferisce alla capacità dell’Istituto di partecipare al sistema di prevenzione e controllo della diffusione delle malattie infettive e delle zoonosi, tracciabilità e rintracciabilità degli alimenti e benessere animale	Numero di azioni attivate per ogni obiettivo specifico	SANITARIO: riduzione e valutazione del rischio di diffusione delle malattie infettive e delle zoonosi. Riduzione dell’uso di antibiotici e della diffusione dell’antibiotico-resistenza. Riduzioni del rischio delle tossoinfezioni. Riduzione dell’uso di farmaci e di sostanza potenzialmente inquinanti nell’ambiente. ECONOMICO: maggior introito per il comparto zootecnico e per la filiera alimentare e minor costo per il SSN. Aumento della produttività degli allevamenti e riduzione dell’uso di farmaci SOCIALE: aumento della consapevolezza dei cittadini nell’attenzione alla cura degli animali domestici, della fauna in generale e dell’ambiente
RICERCA	Il valore pubblico in questo ambito è legato all’aumento della conoscenza scientifica nei campi di competenza dell’istituto con ricadute in ambito sanitario a vantaggio della collettività	Numero di azioni attivate per ogni obiettivo specifico	SANITARIO: maggior livello di benessere sanitario della collettività SOCIALE: aumento della consapevolezza nella collettività pubblica della importanza della ricerca scientifica
SISTEMA GESTIONALE	Il valore pubblico creato in questo ambito è connesso alla efficienza dei processi, anche in termini di aumento della digitalizzazione delle procedure attuate e sostenibilità delle attività svolte	Numero di azioni attivate per ogni obiettivo specifico	ECONOMICO: razionalizzazione dei costi di gestione nel medio-lungo periodo mediante un ottimale utilizzo dei fattori produttivi e della miglioramento complessivo della sistema organizzativo SOCIALE: aumento della consapevolezza nella collettività della virtuosa gestione complessiva dell’Ente
FORMAZIONE E DIVULGAZIONE SCIENTIFICA	Il valore pubblico creato in questo ambito è legato alla promozione e sviluppo della formazione e della comunicazione	Numero di azioni attivate per ogni obiettivo specifico	SANITARIO: aumento della conoscenza scientifica e della preparazione complessiva del personale SOCIALE: aumento nella collettività della consapevolezza dell’importanza delle primarie norme di veterinaria e di igiene
TRASPARENZA E LEGALITA'	Il valore pubblico creato in questo ambito è volto alla garanzia del principio di legalità e di trasparenza	Numero di azioni attivate per ogni obiettivo specifico	ECONOMICO: aumento potenziale degli investimenti economici SOCIALE: aumento della cultura della legalità quale primario valore di convivenza

Il valore pubblico da perseguire per ciascun ambito sarà misurato mediante **indicatori di outcome** che si individuano nel **numero di azioni attivate per ciascuno degli obiettivi specifici programmati**, da intendersi quale contributo dell’Istituto per il raggiungimento degli obiettivi propri dell’Ente di Salute e Benessere e nell’ambito delle attribuzioni statutarie (Sanità animale, Sicurezza Alimentare, Ricerca), dei macro Obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals - SDGs* dell’Agenda ONU 2030) e del PNRR (digitalizzazione e semplificazione).

A chi sono rivolti gli impatti individuati? Gli “stakeholder” dell’Istituto.

Con tale termine di origine anglosassone si vuole indicare un “portatore di interesse” (letteralmente palo di sostegno), ossia un qualsiasi individuo o gruppo di individui che possono influenzare o essere influenzati dall’ottenimento degli obiettivi da parte di una organizzazione che, senza il loro supporto, non è comunque in grado di sopravvivere (Robert Edward Freeman, in "Strategic Management: A Stakeholder Approach" 1984).

Gli stakeholder possono essere sia interni (ad esempio i dipendenti dell’ente), che esterni (cittadini, fornitori, altri enti sanitari etc.) rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi. Essendo tutti soggetti che detengono un interesse nei confronti dell’ente, in quanto vengono influenzati oppure perché possono influenzare l’amministrazione, come tali sono interessati a ricevere informazioni sulle attività e sui risultati della stessa.

Le attività dell’Istituto sono rivolte ad un elevato numero di “stakeholder”, differenti in termini di aspettative, competenze e richieste.

In particolare, la molteplicità delle attività affidate all’Istituto, l’impegno nella ricerca, i contatti con altri enti, governi ed istituzioni, a livello locale, nazionale ed internazionale, fanno sì che il panorama dei “portatori di interesse” sia estremamente ampio e diversificato.



ACCESSIBILITA' FISICA E DIGITALE

Conformemente al D. Lgs 10 agosto 2018, n. 106 che ha recepito la direttiva UE 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri" si impegna a rendere il proprio sito web accessibile.

Azioni per la piena accessibilità digitale

Per accessibilità si intende 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.

In attuazione della Direttiva UE 2016/2102, AGID ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici, in vigore dal 10 gennaio 2020, che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

Le amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare la Dichiarazione di accessibilità in cui si attesta lo stato di conformità di ciascun sito e applicazione mobile ai requisiti di accessibilità.

La mancata pubblicazione determina un inadempimento normativo con la responsabilità prevista dall'art. 9 della Legge n. 4/2004.

Dichiarazione di accessibilità

La Dichiarazione di accessibilità è lo strumento attraverso il quale le Amministrazioni rendono pubblico lo stato di accessibilità di ogni sito web e applicazione mobile di cui sono titolari.

L'IZS Sicilia ha svolto le seguenti attività mandatarie prima di compilare la dichiarazione.

- Ha nominato il Responsabile della Transizione Digitale (RTD). (Del.148/2020);
- Ha indicato su Indice PA (IPA) la mail dell'RTD della propria amministrazione (maurizio.cardella@pec.izssicilia.it); senza questa mail pubblicata su IPA non è possibile accedere all'applicazione e quindi non è possibile inviare la dichiarazione.

Il successivo passo riguardante le verifiche di accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili adottando le metodologie, i criteri di valutazione e le verifiche tecniche di conformità ai requisiti di accessibilità, ai sensi della Direttiva UE 2016/2102, non è stato effettuato, poiché la piattaforma del sito web è certificata da AGID nel Catalogo dei servizi Cloud per la PA qualificati - Cloud Marketplace AgID².

La scheda della piattaforma acquisita dall'IZS Sicilia è consultabile all'indirizzo: <https://catalogocloud.agid.gov.it/service/690>.

La conformità al modello di Dichiarazione di Accessibilità è garantita esclusivamente dalla compilazione del modello online fornito da AGID.

La dichiarazione di accessibilità è stata redatta e pubblicata sul sito istituzionale utilizzando l'applicazione online <https://form.agid.gov.it>.

² (Il Cloud Marketplace di AgID è la piattaforma che espone i servizi e le infrastrutture qualificate da AgID secondo quanto disposto dalle Circolari AgID n. 2 e n.3 del 9 aprile 2018. All'interno del Cloud Marketplace è possibile visualizzare la scheda tecnica di ogni servizio che mette in evidenza le caratteristiche tecniche, il modello di costo e i livelli di servizio dichiarati dal fornitore in sede di qualificazione.)

La dichiarazione è consultabile dal collegamento posto nel piè di pagina del sito web istituzionale (www.izssicilia.it)

REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI E SEMPLIFICAZIONE

Nel quadro del macro obiettivo di reingegnerizzazione dei processi e semplificazione delle procedure, l'Istituto programma nel triennio di riferimento la semplificazione delle seguenti procedure di natura amministrativa.

1) **Area Approvvigionamenti, Economato, Gestione del Patrimonio.**

Oggetto di revisione in un'ottica di semplificazione sono le procedure negoziate inerenti ai lavori pubblici di importo inferiore ad €1.000.000.

Per realizzare quanto sopra con Atto Deliberativo n.278 del 28/04/2022, è stato approvato l'avviso pubblico per l'Istituzione di quattro elenchi di operatori economici di fiducia dell'Istituto per l'affidamento dei lavori ai sensi dell'art.36 comma 2 lett. a), b), c) e c-bis) del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.

Tali albi sono i c.d. "Elenchi aperti", nei quali inserire periodicamente, tutte le richieste pervenute, così come disposto dalla Linea Guida ANAC n.4, e permettono di poter invitare gli operatori economici presenti nei suddetti elenchi secondo il criterio di rotazione degli inviti, permettendo di rendere più celeri i tempi delle procedure di che trattasi, poiché viene meno la fase inerente all'indagine di mercato, per l'individuazione dei partecipanti alla trattativa.

Per garantire una maggiore rotazione, proporzionalità e trasparenza, il 70 % degli operatori da consultare sarà individuato dai suddetti elenchi, mentre il restante 30% sarà individuato mediante sorteggio nel Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, tra gli operatori iscritti allo stesso, aventi i requisiti di capacità tecnico-professionale ed economico-finanziaria previsti per ogni singolo appalto.

2) **Area Gestione Risorse Economiche**

Nell'ottica della semplificazione ed a vantaggio dell'utenza si programma l'implementazione del sistema PagoPA quale unico canale di pagamento elettronico dell'Istituto, procedendo alla chiusura del conto corrente postale.

3) **Area Gestione Risorse Umane**

Ai fini di una migliore gestione dei dati relativi al personale dell'Istituto si programma l'informatizzazione delle schede di inquadramento. Tali schede, sinora, sono state compilate manualmente dal personale delle risorse umane sulla base degli atti di ufficio.

Ci si propone di implementare il software in uso alle Risorse Umane, in modo tale che la scheda sia generata automaticamente dal programma con l'inserimento dei dati attinenti allo stato giuridico del personale.

4) **Area Affari Generali, Legali e Contenzioso**

Con la finalità di semplificare e migliorare l'attività di recupero dei crediti dell'ente, oggetto di revisione sarà la regolamentazione della relativa procedura, in modo da semplificare il ricorso allo strumento dell'ingiunzione di pagamento ex art. 2 del r.d. 639/1910 e successiva eventuale iscrizione a ruolo.

2.2 Sottosezione Performance

Con il termine *performance* si fa riferimento al risultato che un'intera organizzazione, attraverso le proprie articolazioni e risorse umane e strumentali, raggiunge in relazione a determinati obiettivi.

Il concetto di performance è normativamente distinto in performance individuale ed organizzativa.

La performance organizzativa esprime il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi predeterminati nel solco della mission istituzionale. La performance organizzativa può fare riferimento all'Ente nel suo complesso, e/o all'Unità/Struttura organizzativa, e/o al gruppo di lavoro.

Essa può avere ad oggetto, in linea con quanto previsto dall'art. 8 del d. lgs. 150/2009, risultati di: outcome; piani/programmi strategici; attività/servizi/progetti; customer satisfaction; capacità organizzativa.

La performance individuale fa invece riferimento al contributo fornito da ciascun dipendente dell'organizzazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di appartenenza, in termini di risultati ottenuti e di comportamenti agiti.

Oggi, alla luce della richiamata novella legislativa (D.L. 80/2021) che ha introdotto il PIAO, la performance si arricchisce di una *terza dimensione di performance*, quella *istituzionale*, che va anch'essa misurata e rendicontata e che può essere individuata nella performance dell'ente nel suo complesso, in termini di compartecipazione alla creazione di Valore Pubblico, come esposto nella sezione dedicata.

A seguito della introduzione dell'obbligo per le pubbliche amministrazioni di predisporre e pubblicare il Piano Integrato di attività e organizzazione, il *Piano della performance* costituisce una sottosezione di programmazione della Sezione 2-Valore Pubblico, Performance e anticorruzione ed è il documento di programmazione triennale che dà avvio al ciclo di gestione della performance e che si conclude con la rendicontazione dei risultati nella Relazione annuale sulla performance.

Il Piano funge da supporto ai processi decisionali, migliora la consapevolezza del personale in funzione degli obiettivi prefissati che sono comunicati anche all'esterno mediante la sua successiva pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente", pubblicazione che rende possibile un importante momento di informazione per gli stakeholders esterni e, più in generale, offre allo stesso Ente una importante opportunità di valorizzazione del proprio operato.

In tema di compliance, nella consapevolezza che il dettato normativo non implica, ipso iure, la sua testuale applicazione, ma va attuato laddove ve ne siano i presupposti legati alla specificità della P.A. chiamata a darvi attuazione, si è fatto riferimento ai principi contenuti nei seguenti documenti vigenti al momento della sua stesura:

- D. l. n. 80 del 09.06.2021, convertito in Legge n.113 del 06/08/2021;
- D.lgs.150/2009, come modificato dal D.lgs.74/2017;
- Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m. i;
- linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2017;

- contratto collettivo nazionale del lavoro CCNL Sanità;
- direttiva n. 2/2019 del Ministero delle Pari Opportunità "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche";
- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022;
- comma 1 dell'art. 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (come modificato dall'art. 87-bis, comma 5, D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, dall'art. 263, comma 4-bis, lett. a), D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, e, successivamente, dall'art. 11-bis, comma 2, lett. a), b) e c), D.L. 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 giugno 2021, n. 87) prevede che, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigano, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il Piano della performance deve essere adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio e della programmazione strategica, deve individuare gli indirizzi e gli obiettivi specifici ed operativi e definirne le risorse (budget), gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi individuali assegnati al personale dirigente ed i relativi indicatori.

Il d.lgs. 150/2009, modificato dal decreto legislativo del 25 maggio 2017, n. 74, ha introdotto, a partire dal ciclo di gestione della *performance* 2018, le categorie degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici: i primi sono determinati per ciascuna amministrazione dall'individuazione delle priorità politiche che è contenuta nell'eventuale Atto di indirizzo del Ministro competente che orienta direttamente la formulazione degli obiettivi specifici dell'amministrazione nel Piano della performance.

Gli obiettivi generali sono tesi al miglioramento dell'azione e non mirano a registrare il complesso delle attività che l'Istituto svolge ma vengono evidenziate solo quelle che richiedono un miglioramento di prestazioni.

Gli obiettivi specifici invece sono definiti da ciascuna amministrazione nel proprio Piano, in coerenza con le priorità politiche espresse e con il quadro di riferimento nel quale l'amministrazione è chiamata ad agire nel triennio e nell'annualità successiva.

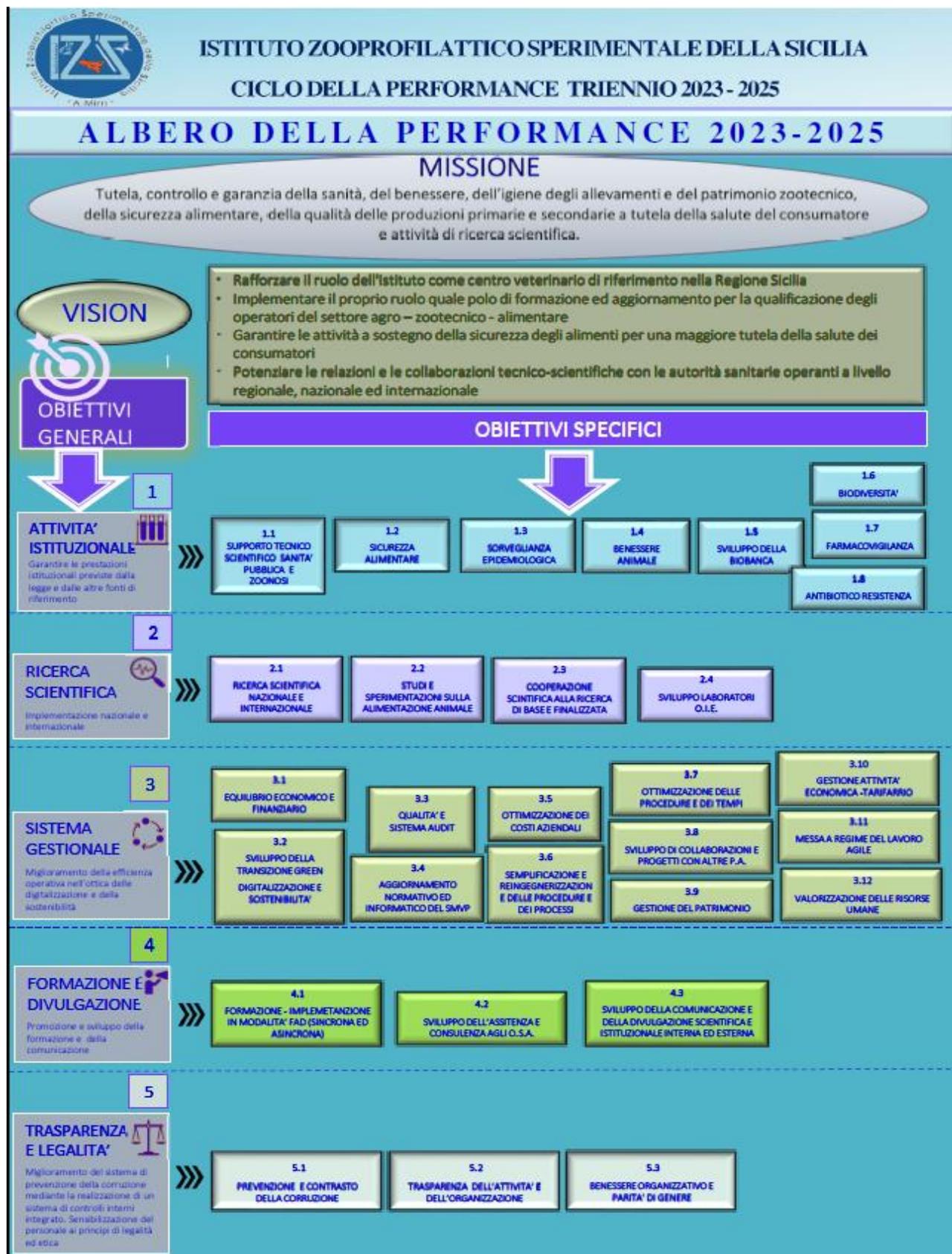
Gli obiettivi specifici relativi al triennio 2023-2025, individuano i principali campi di intervento dell'ente che saranno oggetto di misurazione e valutazione. Essi ineriscono:

1. **Sanità pubblica**
2. **Ricerca scientifica**
3. **Sistema Gestione**
4. **Formazione e divulgazione scientifica**
5. **Trasparenza e legalità**

Nel perdurare della gestione commissariale, l'IZS Sicilia continua a non essere destinatario di obiettivi regionali.

Per il triennio 2023 – 2025 sono individuati e sviluppati nell'*Albero della performance 2023- 2025*, sulla scorta dei risultati conseguiti nei precedenti esercizi (<https://amministrazione-trasparente.izssicilia.it/performance/relazione-sulla-performance>), suddivisi per aree di intervento, i

seguenti obiettivi specifici, anche quali specificazione ed integrazione delle attività già poste in essere a fini istituzionali.



Gli obiettivi strategici sopra individuati hanno valenza triennale e sono comunque modificabili annualmente in sede di aggiornamento annuale del PIAO.

Di seguito, sono individuati per ciascun obiettivo l’indicatore e il valore atteso nel triennio di riferimento.

1. SANITÀ PUBBLICA				
Obiettivi	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025
1.1 Supporto Tecnico Scientifico e Zoonosi	Tempo medio anno corrente / Tempo medio anno precedente - Baseline tempi medi anno precedenti	Rispetto tempistica Piani ufficiali di Controllo	Rispetto tempistica Piani ufficiali di Controllo	Rispetto tempistica Piani ufficiali di Controllo
1.2 Sicurezza Alimentare	Relazione per ogni piano con indicazione: N. Campioni Accettati /N. campioni programmati N. Rapporti di prova emessi/ N. campioni accettati N. non conformità rilevate anno corrente	Relazione/ reportistica sull’analisi dei fattori di rischio negli alimenti di origine animale e vegetale	Relazione/ reportistica sull’analisi dei fattori di rischio negli alimenti di origine animale e vegetale	Relazione/ reportistica sull’analisi dei fattori di rischio negli alimenti di origine animale e vegetale
1.3 Sorveglianza epidemiologi ca	Numero di indagini statistiche (Baseline n. 2 indagini statistiche)	Valutare la situazione epidemiologica per le malattie emergenti che si manifestano nel territorio della Regione Siciliana > 3 sulla base delle informazioni disponibili presenti sui database regionali/nazionali/in ternazionali	Valutare la situazione epidemiologica per le malattie emergenti che si manifestano nel territorio della Regione Siciliana > 3 sulla base delle informazioni disponibili presenti sui database regionali/nazionali/int ernazionali	Valutare la situazione epidemiologica per le malattie emergenti che si manifestano nel territorio della Regione Siciliana > 3 sulla base delle informazioni disponibili presenti sui database regionali/nazionali/ internazionali
1.4 Benessere Animale	Numero di azioni promosse e/o svolte (Baseline n. 10)	Esecuzione, promozione e sviluppo di attività di: formazione e informazione su sanità pubblica, consulenze tecnico-	Esecuzione, promozione e sviluppo di attività di: formazione e informazione su sanità pubblica, consulenze tecnico-	Esecuzione, promozione e sviluppo di attività di: formazione e informazione su sanità pubblica, consulenze tecnico-

		scientifiche, lavori scientifici, valutazioni analitiche su indici di Sanità pubblica e malattie infettive	scientifiche, lavori scientifici, valutazioni analitiche su indici di Sanità pubblica e malattie infettive	scientifiche, lavori scientifici, valutazioni analitiche su indici di Sanità pubblica e malattie infettive
1.5 Sviluppo della Biobanca	N. campioni stoccati in biobanca anno corrente / N. campioni stoccati in biobanca anno precedente. (Baseline: 40 campioni stoccati)	Aumento Storage Campioni in Biobanca; Attivazione di nuove funzionalità della Biobanca	Aumento Storage Campioni in Biobanca;	Aumento Storage Campioni in Biobanca;
1.6 Tutela della biodiversità	N. di specie oggetto analisi e/o studio	N. 2 specie (animali e/o vegetali) oggetto di analisi e/o studio	N. 3 specie (animali e/o vegetali) oggetto di analisi e/o studio	N. 4 specie (animali e/o vegetali) oggetto di analisi e/o studio
1.7 Farmacovigilanza	N. di valutazioni / studio delle informazioni utili per la sorveglianza dei medicinali veterinari	N. di valutazioni / studi svolte	N. di valutazioni / studi svolte	N. di valutazioni / studi svolte
1.8 Antibiotico resistenza	N. studi relativi all'incidenza su antibiotico resistenza	N. studi svolti	N. studi svolti	N. studi svolti

2. RICERCA SCIENTIFICA

Obiettivi	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025
2.1 Ricerca scientifica nazionale e internazionale	- N. progetti di ricerca - N. pubblicazioni anno corrente/ anno precedente - Aumento I.F. triennio 2022-2024/ triennio 2023-2025	- Almeno n. 3 progetti avviati e/o conclusi - 15 pubblicazioni su riviste impattate - <= 0,95	- Almeno n. 4 progetti avviati e/o conclusi - 18 pubblicazioni su riviste impattate - <= 0,95	- Almeno n. 5 progetti avviati e/o conclusi - 20 pubblicazioni su riviste impattate - <= 0,95

	(Baseline triennio 2017 - 2019 I.F. 621.60)			
2.2 Studi sperimentazione sulla alimentazione e animale	N. studi avviati e/o conclusi	N. 2 studi avviati e/o conclusi	N. 3 studi avviati e/o conclusi	N. 3 studi avviati e/o conclusi
2.3 Cooperazione scientifica alla ricerca di base e finalizzata	N. lavori inviati alle riviste per la pubblicazione anno corrente/ N. lavori inviati alla rivista per la pubblicazione anno precedente	Aumento del numero di Pubblicazioni IMPATTATE Aumento Impact Factor (IF) Collaborazioni tecnico-scientifiche e produzioni innovative ottenute con la stipula di nuove convenzioni >2 (pubblicazioni, brevetti, progetti finanziabili, software, corsi formazione)	Aumento del numero di Pubblicazioni IMPATTATE Aumento Impact Factor (IF) Collaborazioni tecnico-scientifiche e produzioni innovative ottenute con la stipula di nuove convenzioni >3	Aumento del numero di Pubblicazioni IMPATTATE Aumento Impact Factor (IF) Collaborazioni tecnico-scientifiche e produzioni innovative ottenute con la stipula di nuove convenzioni >4

3. SISTEMA GESTIONALE

Obiettivi	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025
3.1 Equilibrio economico finanziario	Pareggio di bilancio (Baseline: utile)	- Bilancio di esercizio > 0	- Bilancio di esercizio > 0	- Bilancio di esercizio > 0
3.2 Transizione green e digitalizzazione	N. di azioni volte al risparmio energetico N. procedure e/o atti digitalizzati (migrazione dei dati e degli applicativi informatici verso un ambiente cloud)	N. 2 azioni per risparmio energetico N. 2 azioni per la digitalizzazione	N. 3 azioni per risparmio energetico N. 3 azioni per la digitalizzazione	N. 3 azioni per risparmio energetico N. 3 azioni per la digitalizzazione

3.3 Qualità e sistema Audit	N. di documenti di sistema aggiornati	Mantenimento del Certificato di Accreditazione Accredia Gestione del sistema Audit	Mantenimento del Certificato di Accreditazione Accredia	Mantenimento del Certificato di Accreditazione Accredia
3.4 Aggiornamento normativo ed informatico del SMVP	ON/OFF Acquisizione di un software gestionale sulla gestione della performance	Adozione del nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance	Aggiornamento	Aggiornamento
3.5 Ottimizzazione dei costi aziendali	Gestione ottimale delle risorse economiche	Mantenimento/Riduzione \geq del 2% anno corrente su anno precedente	Mantenimento/Riduzione \geq del 3% anno corrente su anno precedente	Mantenimento/Riduzione \geq del 5% anno corrente su anno precedente
3.6 Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi	N. procedure semplificate e/o reingegnerizzate	Semplificazione di n. 4 procedure amministrative	Semplificazione di n. 4 procedure amministrative	Semplificazione di n. 4 procedure amministrative
3.7 Ottimizzazione dei tempi procedurali	Riduzione / mantenimento dei tempi nello svolgimento riduzione dei tempi procedurali previsti dai regolamenti interni	Riduzione / mantenimento dei tempi relativi alle procedure relative a: gestione del personale e di documenti passivi di spesa, l'acquisto di attrezzature, materiali di consumo e servizi	Riduzione / mantenimento dei tempi relativi alle procedure relative a: gestione del personale e di documenti passivi di spesa, l'acquisto di attrezzature, materiali di consumo e servizi	Riduzione / mantenimento dei tempi relativi alle procedure relative a: gestione del personale e di documenti passivi di spesa, l'acquisto di attrezzature, materiali di consumo e servizi
3.8 Gestione del patrimonio	N. di atti propedeutici e/o conclusi	Mantenimento e/o ampliamento dei beni immobiliari e atti propedeutici	Mantenimento e/o ampliamento dei beni immobiliari e atti propedeutici	Mantenimento e/o ampliamento dei beni immobiliari e atti propedeutici
3.9 Gestione attività economica – Tariffario	ON/OFF	Revisione del tariffario per il pagamento delle prestazioni sanitarie, analisi di laboratorio e servizi resi	Aggiornamento	Aggiornamento

3.10 Lavoro agile	% di dipendenti in regime di smart working	Almeno al 15 % dei dipendenti in regime di smart working	Almeno al 20 % dei dipendenti in regime di smart working	Almeno al 22 % dei dipendenti in regime di smart working
3.11 Valorizzazione delle risorse umane	- N. progressioni verticali tra le Aree	N. 5 progressioni verticali tra le Aree	N. 10 progressioni verticali tra le Aree	N. 15 progressioni verticali tra le Aree

4. FORMAZIONE E DIVULGAZIONE SCIENTIFICA

Obiettivi	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025
4.1 Formazione in modalità FAD (sincrona e asincrona)	Attivazione e messa a regime formazione in modalità FAD	- N. 4 di corsi/ eventi formativi in modalità FAD	- N. 5 di corsi/ eventi formativi in modalità FAD	- N. 6 di corsi/ eventi formativi in modalità FAD
4.2 Sviluppo dell'assistenza e consulenza agli O.S.A.	Aumento della consulenza rivolta agli operatori di settore	N. 15 di visite ispettive e/o consulenze presso OSA per il mantenimento delle certificazioni	N. 20 di visite ispettive e/o consulenze presso OSA per il mantenimento delle certificazioni	N. 23 di visite ispettive e/o consulenze presso OSA per il mantenimento delle certificazioni
3.3 Comunicazione e divulgazione scientifica istituzionale interna ed esterna	Attivazione e sviluppo canali informativi (social media, collaborazioni radio e TV etc.)	N. 2 canali di comunicazione istituzionale attivati	N. 3 canali di comunicazione istituzionale attivati	N. 3 canali di comunicazione istituzionale attivati

5. TRASPARENZA E LAGALITA'

Obiettivi	Indicatore	Target 2023	Target 2024	Target 2025
5.1 Prevenzione e contrasto alla corruzione	N. di Aree con mappatura dei rischi corruttivi	- Mappatura rischi corruttivi delle Aree Sanitarie	- Mappatura rischi corruttivi di tutte le strutture	- Mappatura rischi corruttivi di tutte le strutture

5.2 Trasparenza dell'attività e dell'organizzazione	Obblighi trasparenza da PTPC	>=95%	>=97%	>=99%
5.3 Benessere organizzativo e parità di genere	N. azioni positive	N. 2 azioni positive realizzate	N. 3 azioni positive realizzate	N. 3 azioni positive realizzate

Nella tabella che segue vengono elencate le **fasi del ciclo della performance** ed il **cronoprogramma annuale**:

FASE	SOGGETTI	ATTI E ADEMPIMENTI	SCADENZA	NOTE
Programmazione aziendale	Direzione Strategica (DG-DS-DA); C.d.A. (Consiglio di amministrazione) UPCG (Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione)	- Recepimento di indirizzi nazionali e regionali. - Definizione di indirizzi di politica sanitaria e pianificazione della strategia aziendale. - Definizione degli obiettivi triennali, con indicazione dei target e degli indicatori. - Adozione e pubblicazione del PIAO.	01 novembre - Entro 31 gennaio ³	Art. 6 D.L. n. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113; D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81; DECRETO 30 giugno 2022, n. 132 (Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della funzione pubblica) Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione.
Avvio Ciclo della Performance	UPCG	Nota circolare di avvio delle procedure interne del Ciclo della performance	Entro 10 febbraio	La circolare fornisce indicazioni operative da seguire per la compilazione della scheda di budget e gli altri adempimenti successivi collegati alla formalizzazione degli obiettivi di struttura ed a quelli individuali assegnati al personale dirigente e titolare di incarico di funzione
Assegnazione obiettivi e budget (Negoziazione)	Direzione Strategica; Direttori di Area e U.O. Autonome	Negoziazione degli obiettivi di Area e loro definizione annuale. Approvazione schede di	Inizio 15 febbraio - Entro 28 febbraio	Gli obiettivi individuali devono risultare da verbale di comunicazione obiettivi al personale

³ Il differimento al 31 marzo 2023 è stato reso effettivo nell'ambito dell'approvazione in sede parlamentare, nelle Commissioni riunite 1a e 5a del Senato, delle proposte emendative al decreto-legge cosiddetto Milleproroghe (DL 29 dicembre 2022, n. 198). Resta salva la possibilità per le Amministrazioni di adottare il PIAO anche prima della predetta data.

		<p>budget</p> <p>Firma verbali di negoziazione obiettivi di Area.</p> <p>Assegnazione di obiettivi individuali ai direttori di S.C. da parte di DS e DA, ai dirigenti di S.S. e di alta specializzazione da parte del direttore di S.C. e al personale titolare di incarico di funzione da parte dei dirigenti di S.S. (in mancanza direttore di S.C.).</p>	(salvo giusta causa)	<p>afferre alle diverse Aree e dalle schede firmate di assegnazione obiettivi in uso per ciascuna categoria di personale.</p>
Monitoraggio intermedio della performance	<p>UPCG;</p> <p>Direttori di Area e U.O. Autonome;</p> <p>OIV (Organismo indipendente di valutazione)</p>	<p>Richiesta ufficiale da parte dell'UPCG e trasmissione schede "Grado di raggiungimento obiettivo al 31_08_202_" da parte dei Direttori di Area</p>	<p>Richiesta entro 15 settembre –</p> <p>Trasmissioni entro 15 ottobre</p>	<p>L'OIV verifica l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati e segnala la necessità o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio all'organo di indirizzo politico-amministrativo, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione (Art. 6 co. 1, d.lgs. n. 150/2009 come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74).</p>
Variazioni obiettivi e attivazione correttivi (fase eventuale)	<p>Direttori di Area e U.O. Autonome;</p> <p>Direzione Strategica;</p> <p>UPCG</p>	<p>La modifica di un obiettivo già assegnato (di Area o individuale) può avvenire d'ufficio (anche su segnalazione di UPCG) o su iniziativa del direttore di Area, con proposta motivata.</p>	<p>Entro 15 ottobre</p>	<p>Le variazioni sono possibili in caso di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) cause esterne non governabili (ad eccezione di collaborazione programmata con soggetto esterno); 2) modifica significativa di risorse produttive assegnate. <p>Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella Relazione sulla performance e vengono valutate dall'OIV ai fini della validazione della Relazione sulla performance.</p>

Rendicontazione risultati di U.O. (performance organizzativa)	UPCG; Direttori di Area e U.O. Autonome;	Richiesta ufficiale da parte dell’UPCG e trasmissione schede “ <i>Rendicontazione obiettivo al 31_12_202_</i> ” e dalla Relazione finale sui risultati raggiunti da parte dei Direttori di Area.	Richiesta entro 31 marzo – Trasmissioni entro il 30 aprile	La trasmissione delle schede di rendicontazione dovrà essere accompagnata da una unica Relazione finale per ciascuna Area sulle attività svolte per il raggiungimento degli obiettivi a cura del Direttore di Area. Le Relazioni finali saranno oggetto di valutazione da parte dell’OIV ai fini della valutazione della performance organizzativa dell’Area.
Valutazione del personale (performance individuale)	Direttore AGRU; DS e DA; Direttori di Area e U.O. Autonome;	Richiesta ufficiale da parte dell’Direttore Area Risorse Umane e trasmissione schede di valutazione personale da parte dei Direttori di Area.	Richiesta entro 15 marzo - Trasmissione schede entro 30 aprile	Utilizzo delle schede di valutazione del personale allegate al Sistema di misurazione e valutazione della performance.
Rendicontazione dei risultati complessiva (Relazione sulla performance)	Direzione Generale; C.d.A.; Responsabile delle pubblicazioni	Redazione del documento Proposta di approvazione del D.G. Deliberazione di approvazione del C.d.A. Pubblicazione sul sito istituzionale	al più tardi 30 giugno	Ai fini della completa stesura del documento, tutte le informazioni sulla performance organizzativa (schede rendicontazione obiettivi al 31/12, Relazioni finali di Area, Relazione Annuale del CUG), individuale (file riepilogativo delle valutazioni ottenute da parte di tutto il personale a cura dell’AGRU) e tutte le altre informazioni richieste dovranno essere tempestivamente trasmesse all’UPCG.
Validazione della Relazione sulla performance	O.I.V.	Documento di validazione della Relazione sulla performance	al più tardi 15 settembre	La validazione da parte dell’O.I.V. è condizione inderogabile per l’erogazione degli emolumenti accessori collegati alla performance (art. 14, co. 6 d.lgs. n. 150/2009)

2.3 Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza

PREMESSA

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), per il triennio 2023-2025, integra questa specifica sottosezione di programmazione del PIAO e si inserisce in continuità con l'impostazione generale del PTPCT 2022-2024, in una logica di integrazione con gli obiettivi specifici programmati dall'Ente e funzionali alla strategia di creazione di valore pubblico. Pertanto, ogni riferimento al PTPCT contenuto in questo documento è da riferirsi a questa **"sottosezione rischi corruttivi e trasparenza"**. Il documento include, per quanto di interesse, anche le indicazioni contenute nella parte generale e nell'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, adottato dall'ANAC con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 e mira a recepire le indicazioni del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato in via definitiva dal consiglio dell'ANAC con delibera n.7 del 17 Gennaio 2023 - pubblicato in G.U. serie generale n. 24 del 30 Gennaio 2023, che costituisce atto d'indirizzo per le pubbliche amministrazioni per il triennio 2023-2025.

OGGETTO E FINALITÀ

Il PTPCT costituisce lo strumento attraverso il quale l'Istituto individua i processi e le procedure per rafforzare l'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione. Al contempo promuove iniziative finalizzate ad avviare un cambiamento culturale al proprio interno, tramite la diffusione dei principi di integrità e buona amministrazione.

In ossequio alla disciplina vigente il PTPCT:

- indica gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza definiti dal Consiglio di Amministrazione dell'Istituto, le cui competenze alla data odierna continuano ad essere svolte dal Commissario straordinario nominato con decreto del Ministro della Salute del 4 agosto 2015;
- individua le azioni di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2023-2025 tenendo conto delle misure già adottate nell'anno precedente risultanti dall'attività di monitoraggio;
- riepiloga lo stato di attuazione delle misure previste nel PTPC 2022-2024;
- declina, in un'apposita sezione dedicata (Sezione Trasparenza), le attività programmate per una più compiuta attuazione della trasparenza.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

La strategia di prevenzione della corruzione, a livello decentrato, si articola in molteplici aspetti che si riassumono nella complessiva attività di gestione del rischio (risk management), più compiutamente descritta nei successivi paragrafi.

Necessario presupposto di tale attività risulta essere l'analisi dello specifico contesto di ciascuna amministrazione, intesa sotto un duplice profilo:

- A) analisi del contesto esterno, finalizzata a comprendere quanto la specificità dell'ambiente esterno in cui si colloca l'Istituto possa influenzare le decisioni da adottare ed influire sulle azioni da intraprendere;
- B) analisi del contesto interno, finalizzata ad avere un quadro chiaro ed esaustivo dell'organizzazione e delle caratteristiche proprie dell'Istituto.

A) Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno rappresenta una fase indispensabile per valutare come il rischio della corruzione possa potenzialmente insinuarsi all'interno dell'apparato tecnico-sanitario ed amministrativo dell'Ente. Attraverso questo tipo di analisi è possibile, infatti, predisporre il PTPCT in modo non avulso dalle specificità che caratterizzano l'ambiente nel quale opera l'Istituto, nell'intento di renderlo più efficace riguardo al risultato finale che si prefigge, ovvero l'azzeramento o la diminuzione del rischio di eventi corruttivi.

In tale ottica e prendendo spunto dalla "Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata" sono stati considerati i principali fattori culturali, sociali ed economici legati al territorio della regione Sicilia nel cui ambito l'Istituto è chiamato a svolgere le attività di cui al decreto legislativo n.270/1993, quali la ricerca scientifica sperimentale, veterinaria e di accertamento dello stato sanitario degli animali e di salubrità dei prodotti di origine animale e vegetale (sicurezza alimentare). L'analisi del contesto esterno all'Istituto rappresenta una fase indispensabile per valutare come il rischio della corruzione possa potenzialmente insinuarsi nell'apparato tecnico-sanitario ed amministrativo dell'Ente.

A tal fine sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori ed i rappresentanti di interessi esterni.

L'Istituto opera come strumento tecnico scientifico dello Stato, della Regione Sicilia nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale garantendo al Ministero della Salute, alla Regione stessa e alle aziende sanitarie le prestazioni e la collaborazione tecnico scientifica necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

L'IZS Sicilia ha competenza su tutto il territorio della regione ed è strutturato in cinque sedi dislocate rispettivamente a Palermo – dove è ubicata la sede centrale-, Barcellona Pozzo di Gotto (ME), Caltanissetta, Catania e Ragusa.

Le attività economiche che caratterizzano la regione Sicilia non sono omogenee su tutto il territorio e quelle prevalenti sono l'agroalimentare, il terziario, il turismo e l'industria chimica.

La regione Sicilia è caratterizzata da una forte presenza della malavita organizzata, della criminalità mafiosa che nonostante l'attività di contrasto da parte delle forze di polizia continua a far sentire la propria influenza sulle attività economiche della regione siciliana.

La presenza della criminalità organizzata di tipo mafioso investe tutte le province siciliane e "le direttrici operative di "Cosa Nostra" si indirizzano ancora verso l'infiltrazione del tessuto economico-sociale tramite il pervasivo controllo territoriale che include anche talune manifestazioni della criminalità diffusa. In tale prospettiva, si privilegia la ricerca del consenso e della mediazione per condizionare i settori dell'imprenditoria, della finanza e della pubblica amministrazione. Si confermano oggetto d'interesse il settore edile, la produzione di energie rinnovabili, le attività

imprenditoriali con la coltivazione ed il commercio di prodotti ortofrutticoli, il ciclo dei rifiuti, i comparti delle scommesse sportive online e delle slot machine, i settori sanitario e degli autotrasporti ed il riciclaggio dei capitali illeciti. In contesti economico-produttivi ultraregionali, "Cosa Nostra" rinuncia ad adottare le modalità di controllo del territorio proprie dei luoghi di origine ed i capitali illecitamente accumulati vengono reinvestiti in attività commerciali e finanziarie.

I dati di fonte Istat, estratti dagli archivi informatici delle Procure della Repubblica, riguardanti le statistiche sui procedimenti penali per reati contro la Pubblica Amministrazione vedono la regione Sicilia posizionarsi nei primi posti per il reato di peculato, concussione, corruzione e abuso d'ufficio.

B) Contesto interno

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri" è un Ente Sanitario di diritto pubblico deputato ad assicurare la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione del personale, il supporto di laboratorio e la diagnostica nell'ambito del controllo ufficiale degli alimenti.

Esso è parte di una struttura sanitaria integrata con gli altri Istituti Zooprofilattici Sperimentali (II.ZZ.SS.) in grado di assicurare una rete di servizi per verificare la salubrità degli alimenti e dell'ambiente, per la salvaguardia della salute dell'uomo.

La funzione di raccordo e coordinamento dell'attività degli II.ZZ.SS. è svolta dal Ministero della Salute.

L'IZSSI è un ente sanitario avente natura strumentale, cioè non eroga servizi direttamente al cittadino ma, in coerenza con il suo mandato istituzionale, fornisce consulenza tecnico-scientifica alle ASP ed agli organi di governo (Regione Siciliana). Tale compito rappresenta il punto di contatto e di scambio di know how tra il settore scientifico (IZS), il settore operativo (ASP) e quello di governo (Regione e Ministero) del Sistema Veterinario Regionale e Nazionale.

Le attività di consulenza e le prestazioni tecnico-scientifiche riguardano vari livelli (clinico-diagnostico, epidemiologico, di supporto decisionale, di verifica, di processo formativo, etc.) e si sostanziano nello svolgimento di esami chimici, di esami di laboratorio per la sicurezza alimentare, il benessere degli animali, la diagnosi, la ricerca scientifica, la formazione e comunicazione nel settore della prevenzione sanitaria. Parte dei suddetti servizi (esami di laboratorio, certificazioni di prodotti) sono erogati, a pagamento, anche agli utenti privati, in qualità di laboratorio accreditato.

Le attività dell'Istituto sono rivolte a un elevato numero di "stakeholders", differenti in termini di aspettative, competenze e richieste.

Gli stakeholders possono essere sia interni (ad esempio i dipendenti dell'ente), che esterni (cittadini, fornitori etc.) rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi. Essendo tutti soggetti che detengono un interesse, in quanto vengono influenzati oppure perché possono influenzare l'amministrazione, come tali sono interessati a ricevere informazioni sulle attività e sui risultati della stessa.

Le attività dell'Istituto sono rivolte a un elevato numero di "stakeholders", differenti in termini di aspettative, competenze e richieste.

Gli stakeholders dunque sono coinvolti nelle varie fasi di predisposizione del Piano della performance. La formulazione della strategia deve essere in grado di contemperare le esigenze dei

vari portatori di interesse, bilanciando tutti gli interessi in gioco. Pertanto, a monte della definizione del Piano è necessario identificare tutti i gruppi di individui che posseggono degli interessi nell'organizzazione, sviluppando la c.d. "mappatura degli stakeholder". Tale mappatura individua i soggetti dotati di maggiore potere di influenza per poi individuare le rispettive attese nei confronti dell'organizzazione (in termini economici, psicologici, etici e sociali).

Dunque non sono solo i soggetti a contatto con l'Ente, (clienti, fornitori, dipendenti, cittadini) ma tutti coloro le cui azioni possono direttamente o indirettamente avere riflessi sulle scelte fatte e da operare fra cui pubbliche amministrazioni centrali e periferiche, istituzioni pubbliche, società private, etc.

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

In sintesi, gli utenti dei servizi dell'Istituto sono i veterinari, le ASP, le imprese alimentari, gli enti pubblici coinvolti nell'epidemiologia-sorveglianza, nella sicurezza alimentare, nella sanità e benessere animale della Regione Siciliana e non ultimi, i singoli cittadini, che possono usufruire dei servizi dell'Istituto dietro corrispettivo, se dovuto, stabilito in apposito Tariffario delle prestazioni per le analisi di laboratorio e dei servizi.

Tutti gli utenti possono esprimere, mediante accesso nell'apposito link "questionario on line" presente sul sito istituzionale nella sezione www.izssicilia.it/urp, un giudizio circa la qualità ed i tempi di risposta dei servizi richiesti, la completezza delle informazioni, la cortesia e la capacità di comprendere specifiche esigenze, l'accessibilità al sito istituzionale ed alle strutture dell'Istituto.

L'Istituto provvede, altresì, all'aggiornamento dei veterinari ed alla formazione di altri operatori del settore mediante l'organizzazione di corsi E.C.M. (Educazione Continua in Medicina).

4) I SOGGETTI CHE DELINEANO LE STRATEGIE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La disciplina introdotta dal D. Lgs. 97/2016 ha inteso rafforzare il rapporto tra l'organo di indirizzo, rappresentato nell'Istituto dal Consiglio di Amministrazione, - organo attualmente non costituito e le cui funzioni sono in capo al Commissario nominato dal Ministro della Salute in applicazione dell'art.1, comma 577, della legge 23/12/2014, n.190, e il Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza.

Il ruolo e le funzioni dei due soggetti sono precisamente delineati e sono di seguito riassunti.

A) Consiglio di Amministrazione dell'Istituto:

definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico- gestionale e del PTPCT;

nomina, su proposta del Direttore Generale, il RPCT e dispone eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurargli funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;

adotta il PTPCT (sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO predisposta dal RPCT);

riceve la relazione annuale del RPCT e può chiamare quest'ultimo a riferire sulle attività poste in essere;

riceve dal RPCT segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza.

B) Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT):

Con deliberazione n. 183 del 03/03/2017 il Commissario, nell'esercizio delle funzioni del Consiglio di Amministrazione, ha formalizzato l'adeguamento al nuovo dettato normativo integrando i compiti in materia di trasparenza in capo al responsabile della prevenzione della corruzione che, pertanto assume la denominazione di "Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)" e ha nominato con delibera n. 80 del 03/02/2022 per il relativo incarico di RPCT il dirigente medico veterinario dott. Antonino Sutura.

Le attività che il RPCT è chiamato a svolgere sono le seguenti:

- 6) predisporre il PTPCT in tempo utile per consentirne l'adozione da parte dell'organo di indirizzo entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1 c. 8 L. 190/2012);
- 7) definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1 c. 8 L. 190/2012);
- 8) individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1 c. 10 lett. c) L. 190/2012);
- 9) verificare l'efficace attuazione del PTPCT e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nelle attività dell'Istituto (art. 1 c. 10 lett. a) L. 190/2012);
- 10) verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione, ove possibile, degli incarichi negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1 c. 10 lett. b) L. 190/2012);
- 11) trasmettere, entro il mese di dicembre di ogni anno, all'O.I.V. e al Consiglio di Amministrazione, quale organo di indirizzo dell'Istituto, una relazione recante i risultati dell'attività svolta, pubblicare la relazione suddetta nel sito web dell'amministrazione, nonché riferire sull'attività qualora lo ritenga opportuno o su richiesta dell'organo di indirizzo (art. 1 c. 14 L. 190/2012);
- 12) assicurare il rispetto delle disposizioni introdotte dal D.Lgs. 39/2013 in materia di conferimento di incarichi dirigenziali e di incarichi amministrativi di vertice, contestando all'interessato l'eventuale situazione di incompatibilità o rilevando in sede di controlli eventuali dichiarazioni mendaci sull'assenza di cause di inconferibilità, segnalando i casi di violazione all'A.N.AC., all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ai fini dell'esercizio delle norme in materia di risoluzione dei conflitti di interessi (L. 215/2004), nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15 D.Lgs. 39/2013);
- 13) curare la diffusione "della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio." (art. 15 DPR 62/2013).

Alle suddette attività si aggiungono le competenze relative agli specifici adempimenti in materia di trasparenza ed in particolare:

- 14) controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Consiglio di Amministrazione, al Direttore Generale, all'O.I.V., all'A.N.A.C. e nei casi più gravi all'Ufficio per i procedimenti disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 43 c. 1 e 5 D. Lgs. 33/2013);
- 15) ricevere le eventuali istanze di accesso civico avente ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5 c. 3 lett. d) D.Lgs. 33/2013);
- 16) decidere con provvedimento motivato in merito alle richieste di riesame delle istanze di accesso civico rigettate (art. 5 c. 7 D.Lgs. 33/2013).

In base a quanto previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n.165/2001, così come modificato dalla legge n.179/2017, il RPCT riceve e prende in carico le segnalazioni a lui destinate, relative a illeciti e/o irregolarità, di cui il dipendente pubblico (o soggetto equiparato) sia venuto a conoscenza, in occasione delle attività di ufficio, e rientranti nella disciplina del c.d. whistleblowing. In particolare, compito del RPCT è quello di porre in essere una preliminare attività istruttoria volta a verificare ed analizzare le segnalazioni ricevute, in relazione alla sussistenza del fumus di quanto rappresentato. Come ribadito anche nel Piano 2019 da ANAC, affinché il RPCT possa concretamente esercitare le proprie funzioni e i conseguenti poteri di programmazione, impulso e coordinamento attribuitogli dal Legislatore, risulta indispensabile l'effettivo coinvolgimento e responsabilizzazione di tutti coloro che operano, a vario titolo, all'interno della Pubblica Amministrazione e che partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione. Questo sistema integrato di poteri RPCT/uffici interni (dove, è bene precisare, non vi è sovrapposizione di ruoli) ha come presupposto indefettibile la "collaborazione costante e costruttiva con il RPCT" ed un flusso informativo verso quest'ultimo, avente ad oggetto le risultanze dell'attività, completo e sempre aggiornato. L'effettiva possibilità per il RPCT di svolgere un'attività efficace ed efficiente si fonda infatti sull'integrazione e sul coordinamento con l'intera struttura dell'Ente, in particolare con quei soggetti competenti a svolgere attività di controllo, che possono supportare il RPCT nella verifica sull'attuazione e idoneità delle misure di trattamento del rischio.

Al fine di poter adempiere alle proprie funzioni il RPCT può:

- 17) chiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale, di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e di diritto che hanno condotto all'adozione del provvedimento;
- 18) chiedere delucidazioni orali o scritte a tutti i dipendenti su comportamenti che possano integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità;
- 19) effettuare controlli mediante ispezioni e verifiche a campione presso le strutture maggiormente esposte al rischio, per valutare la legittimità e la correttezza dei procedimenti amministrativi in corso o già definiti;
- 20) prevedere, sulla base delle risultanze ottenute in fase di prima applicazione, l'introduzione di meccanismi sistematici di monitoraggio;
- 21) valutare le eventuali segnalazioni di malfunzionamento dell'apparato amministrativo o di casi più specifici di corruzione o illeciti, nonché ricevere segnalazioni connesse alla tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower) di cui all'art. 54bis D. Lgs. 165/2001;

- 22) valutare i risultati derivanti dalle indagini di customer satisfaction ove emergano elementi che riconducano a fenomeni di cattiva gestione nonché elementi derivanti dall'attività di comunicazione dell'Istituto;
- 23) chiedere informazioni agli uffici sull'esito delle istanze di accesso civico;
- 24) individuare il **Responsabile dell'anagrafe unica (RASA)** quale soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento annuale dei dati nell'Anagrafica unica delle stazioni appaltanti (AUSA). A tal fine con nota Prot. N°I/0014388/22 del 5/12/2022 il Commissario Straordinario ha nominato RASA - **il Dirigente professionale Ing. Vincenzo Graci** – in atto, incaricato della direzione dell'Area Approvvigionamenti, Economato e Gestione del Patrimonio. L'inserimento del nominativo del RASA all'interno del Piano è espressamente richiesto, come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione, della determinazione ANAC n.831 del 3/8/2016. Annualmente il RASA provvede alla trasmissione all'ANAC delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture prevista all'art.1, comma 32, della legge n.190/2012. L'incarico di RASA è svolto in coordinamento con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- 25) segnalare al Consiglio di Amministrazione, al Direttore Generale ed all'O.I.V. le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione ed indicare all'ufficio competente all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti inadempienti.

Sul RPCT gravano responsabilità sotto il profilo dirigenziale (art. 21 D. Lgs. 165/2001) in caso di commissione all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, nonché in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal PTPCT, salvo che provi di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il PTPCT e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del medesimo. Gravano, altresì, sul medesimo responsabilità disciplinari per danno erariale e all'immagine, salvo che provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare, le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del PTPCT (L. 190/2012, art. 1 c. 12 e 14).

La prevenzione della corruzione necessita del coinvolgimento di tutti i soggetti che partecipano a vario titolo alle attività dell'Istituto: personale sanitario, tecnico ed amministrativo, collaboratori, ricercatori. In sede di programmazione, di attuazione e controllo delle azioni, rivestono un ruolo preponderante i soggetti/organi istituzionali che di seguito vengono indicati unitamente alle funzioni precipuamente svolte nel contesto in questa sede analizzato.

Tali soggetti sono:

C) **Direttore Generale dell'Istituto**: è il rappresentante legale dell'Istituto, lo gestisce e ne dirige l'attività di ricerca scientifica. Egli esercita i poteri di gestione, compreso l'adozione di tutti gli atti che impegnano l'Ente verso l'esterno. Predispose il piano delle attività, comprensivo degli obiettivi, priorità, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione sulla base degli indirizzi previsti dai piani sanitari nazionali e regionali. Individua le risorse umane, materiali e finanziarie da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture. Il Direttore Generale è coadiuvato da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario Veterinario. (cfr.art.7 dello statuto dell'Istituto)

D) **Dirigenti**:

Per dirigenti responsabili di struttura s'intendono:

- i dirigenti responsabili di struttura complessa;
- i dirigenti responsabili di strutture afferenti a strutture complesse;
- i dirigenti di articolazioni aziendali, non afferenti a strutture complesse, comunque dotate di autonomia.

I dirigenti responsabili di struttura, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, con riferimento alla struttura organizzativa di propria competenza, svolgono i seguenti compiti:

- a) forniscono a tutti gli attori del sistema di prevenzione del rischio dell'IZSSI le necessarie informazioni per permettere loro il corretto espletamento delle funzioni;
- b) partecipano attivamente al processo di elaborazione e gestione del rischio, proponendo le misure di prevenzione che reputano più idonee e, contestualmente, effettuano le seguenti attività:
 - mappatura dei processi;
 - individuazione e valutazione del rischio corruzione nei singoli processi mappati e loro fasi;
 - individuazione e proposta di misure idonee alla prevenzione del rischio;
 - applicazione delle misure di prevenzione e loro rendicontazione;
 - revisione del ciclo di gestione del rischio in base alle risultanze della rendicontazione;
 - contribuiscono al monitoraggio costante sull'attuazione delle misure di contrasto da parte delle strutture.

Il PNA 2019, all'Allegato 1, si sofferma sui compiti dei dirigenti di struttura nella gestione del rischio corruttivo, confermando il loro ruolo attivo di collaborazione con il RPCT, dovendo valorizzare, nella formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative, un efficace processo di gestione del rischio e promuovere la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità. Pertanto, essi:

- c) assolvono agli obblighi di pubblicazione indicati nel Piano 2023 - 2025;
- d) assicurano la regolare attuazione della normativa in materia di accesso civico;
- e) vigilano sull'osservanza, oltre che del Codice Disciplinare, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n.62/2013) e del Codice di Comportamento dell'IZSSI, attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari;
- f) rispettano le prescrizioni del d.lgs. n.39/2013 in materia di cause di inconferibilità e incompatibilità per le tipologie di incarico ivi previste, assicurando, nelle rispettive strutture, i controlli tempestivi delle dichiarazioni sostitutive;
- g) segnalano tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di anticorruzione, trasparenza ed accesso civico;
- h) curano e supervisionano i controlli nelle aree di rispettiva competenza.

Il ruolo svolto dai dirigenti responsabili di struttura è di fondamentale importanza per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi del presente Piano; i loro compiti in tale ambito si configurano come sostanziali alla funzione dirigenziale svolta e strettamente integrati con le relative competenze tecnico-gestionali.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e se ne deve tenere conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

I dirigenti di struttura complessa e i dirigenti responsabili di struttura semplice autonoma collaborano "quali referenti" con il RPCT prioritariamente per l'attuazione degli obiettivi elencati nei punti precedenti contrassegnati con le lettere b, c, d, f, g, h.

In quanto titolari di potere sanzionatorio, esercitato nei limiti previsti dalla legge, i dirigenti riferiscono al RPCT il quadro generale delle eventuali sanzioni comminate, offrendo un elemento particolarmente significativo ai fini della politica di prevenzione della corruzione utile in sede di programmazione di ulteriori misure o di interventi correttivi.

I dirigenti responsabili di struttura in caso di violazione dei compiti di loro spettanza rispondono a titolo di responsabilità dirigenziale e disciplinare. In particolare rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione previste dal Piano sia disciplinarmente sia in termini di responsabilità dirigenziale, nell'ambito della valutazione annuale ed ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato. Inoltre sussiste responsabilità dirigenziale (ex art.21 d.lgs. n.165/2001), per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte dalla legge a carico dei dirigenti, ai sensi dell'art.1, comma 33, della legge n.190/2012.

E) Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD): con deliberazione n. 58 del 24/01/2019 è stato adottato il "Regolamento per i procedimenti disciplinari" e nominati i componenti dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari essendo stato costituito lo stesso in forma collegiale atteso che ai sensi dell'art.55 bis del decreto legislativo n.165/2001 il dirigente non può irrogare ai propri sottoposti sanzioni superiori al rimprovero verbale. Tale Ufficio, in applicazione del Codice di comportamento nazionale – DPR 62/2013 così come modificato dal Consiglio dei Ministri del 1° Dicembre 2022 e adottato, con i relativi aggiornamenti, dal Commissario straordinario con deliberazione n. 56 del 26 Gennaio 2023 (Link all.3) – è investito di funzioni ulteriori rispetto al potere sanzionatorio conferitogli dalla legge, che si ascrivono in un contesto di stretta collaborazione con il RPCT. In particolare:

- cura l'aggiornamento del Codice di comportamento dell'Istituto;
- è chiamato a esaminare le segnalazioni di eventuali violazioni dei codici di comportamento nazionale e dell'istituto;
- cura la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'art. 54bis del D.Lgs. 165/2001.

F) Organismo Indipendente di Valutazione:

Le modifiche alla L. 190/2012 ad opera del D.Lgs. 97/2016 hanno rafforzato il ruolo di tale organo che, quindi, riveste una posizione determinante in base alla stretta connessione tra gli obiettivi di performance individuale ed organizzativa e l'adozione delle misure di prevenzione.

In particolare:

- esprime parere obbligatorio sulla conformità della procedura adottata per l'emanazione del Codice di comportamento dell'Istituto alle Linee guida emanate in materia dall'A.N.AC. (delibere A.N.AC. n. 75/2013 e n.177 del 19 febbraio 2020);
- vigila, unitamente ai dirigenti e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, sull'applicazione dei Codici di comportamento, nazionale e d'Istituto, riferendone nella Relazione annuale (art. 54 D.Lgs. 165/2001);

- effettua, nell'esercizio delle funzioni attribuite dall'art. 14, lett. e) D.Lgs. 150/2009, un controllo sull'attuazione e sul rispetto dei Codici da parte dei dirigenti, i cui risultati sono considerati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale;
- verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. A tale scopo l'O.I.V. deve essere reso edotto dell'impostazione data al presente PTPCT, ed in particolare della metodologia seguita per attuare il processo di analisi del rischio e per individuare e definire le misure di prevenzione da adottare. (art.1, comma 8bis, legge 190/2012);
- verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT recante i risultati dell'attività svolta in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine può chiedere al RPCT informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti (art.1, comma 8bis, legge 190/2012);
- riferisce all'A.N.AC. sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art.1, comma 8bis, legge 190/2012);
- riceve, unitamente all'organo di indirizzo, le segnalazioni del RPCT concernenti le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 7, legge 190/2012);
- risponde all'A.N.AC. in caso di richiesta di ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente. (art. 45, comma 2, D.Lgs. 33/2013).

G) Collegio dei Revisori: è l'organo composto da esperti in materia giuridica e contabile, cui spetta il controllo sulla regolarità della gestione amministrativa, finanziaria, contabile e patrimoniale dell'Istituto. Tale organo vigila sull'osservanza delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie e provvede agli altri compiti ad esso demandati dalla normativa vigente, compreso il monitoraggio della spesa pubblica. La rilevanza di tale organo nell'ambito della prevenzione della corruzione si rivela in modo evidente ove si pensi alla funzione di controllo svolta sulla regolarità della gestione amministrativo-contabile, dunque sulla regolarità delle procedure adottate e circa l'utilizzo delle risorse pubbliche messe a bilancio.

H) Tutto il personale: dipendenti - collaboratori

a) **dipendenti** sono tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro subordinato con l'IZSSI a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale o con impegno ridotto, di tutti i ruoli od aree di competenza.

La violazione dei compiti previsti dal presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare e, per il personale dirigente, anche di responsabilità dirigenziale.

I dipendenti sono tenuti a:

- a) collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se ed in quanto coinvolti;
- b) osservare le misure di prevenzione previste dal PTPCT;
- c) adempiere agli obblighi del Codice di Comportamento di cui al DPR n.62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale;

- d) effettuare le comunicazioni prescritte in materia di conflitto di interessi e rispettare l'obbligo di astensione;
- e) segnalare i possibili illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza seguendo la procedura delineata nel Codice di Comportamento aziendale e nella "Whistleblowing policy" dell'IZSSI, approvata con delibera del Direttore Generale n.402 del 7/5/2015, nella quale sono specificate le modalità di gestione della denuncia/segnalazione.

b) **collaboratori** sono i soggetti che non rientrano nella categoria dei dipendenti e che, a qualunque titolo, intrattengono rapporti di collaborazione con l'IZSSI (a titolo esemplificativo: co.co.co, borsisti, tirocinanti, consulenti, ecc.). I collaboratori sono tenuti ad osservare le misure di prevenzione indicate nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in quanto ad essi applicabili. Parimenti, sono tenuti a segnalare eventuali illeciti (di natura penale, disciplinare, amministrativo-contabile) di cui siano venuti a conoscenza.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione indicate nel PTPCT devono essere rispettate e favorite da tutti i dipendenti. Per garantire quel sistema a rete, più volte richiamato da ANAC come forma ideale di prevenzione della corruzione, è indispensabile, all'interno dell'ente, un raccordo sinergico di collaborazione, che veda coinvolti in maniera attiva non solo il RPCT, l'organo di indirizzo e i dirigenti, ma anche il complesso dei dipendenti. Per tale ragione, nonostante le particolari responsabilità poste in capo al RPCT nel caso di fenomeni corruttivi verificatisi all'interno dell'ente, tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività amministrativa e tecnico sanitaria mantengono, per i profili di competenza, un certo grado di responsabilità in relazione ai compiti svolti.

Tra le misure da osservare si evidenziano, in particolare, a mero titolo esemplificativo:

- a) la partecipazione ai percorsi di formazione sul Codice di Comportamento, sul PTPCT e sulle misure di contrasto all'illegalità e ai fenomeni corruttivi;
- b) la pubblicazione delle informazioni di cui al d.lgs. n.33/2013, fatta salva in ogni caso la responsabilità dirigenziale;
- c) l'osservanza degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione e del RPCT, formalizzati in appositi atti, in merito all'attuazione delle misure di prevenzione.

5) OBIETTIVI STRATEGICI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Ai sensi della legge n.190/2012 l'organo di indirizzo politico definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, i quali costituiscono contenuto necessario del PTPCT e di tutti i documenti di programmazione strategico-gestionale adottati dall'Ente. L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica che il PTPCT sia coerente con i contenuti dei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza (art. 1, co. 8 bis legge n.190/2012). Il Piano Triennale della Performance adottato dall'Istituto contiene un'apposita sezione nella quale sono definiti gli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza, in coerenza con quanto previsto dal PTPCT. In particolare, tra gli obiettivi strategici dell'Ente, figura l'obiettivo denominato "Amministrazione Trasparente ed Anticorruzione" che prevede, tra le azioni da realizzare (con propri indicatori e target), l'adempimento da parte delle strutture degli obblighi di trasparenza e prevenzione della corruzione, nonché l'attuazione delle misure

previste dal PTPCT.

Le articolazioni aziendali hanno tra gli obiettivi annuali quelli relativi agli adempimenti connessi alla normativa sulla trasparenza e prevenzione della corruzione e la valutazione della *performance* dei dirigenti di struttura tiene conto dell'attuazione degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Per il triennio 2023 - 2025 si proseguirà nel processo, già avviato, di contrastare ogni forma di illegalità nella propria organizzazione intervenendo per:

- *Ridurre le opportunità che consentono il verificarsi di casi di corruzione prioritariamente attraverso l'espletamento dell'intero ciclo di gestione del rischio corruzione come ridefinito dal PNA 2019 e del 2022, nonché la gestione dei casi di conflitto di interessi;*
- *Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione mediante l'integrazione ed implementazione dei sistemi di controllo interni;*
- *Creare un contesto culturale sfavorevole alla corruzione con il rafforzamento delle misure di formazione e di sensibilizzazione del personale a ciascun livello dell'organizzazione aziendale.*

Il perseguimento delle finalità di cui sopra è attuato attraverso l'individuazione di:

- **obiettivi strategici:** così definiti per la loro incidenza innovativa e/o strutturale sull'organizzazione dell'Ente;
- **obiettivi operativi:** in quanto declinazione degli obiettivi strategici oppure attinenti all'ordinaria attività dell'Istituto (e pertanto non necessariamente correlati agli obiettivi strategici) in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il raggiungimento degli obiettivi strategici avviene in un arco temporale di medio-lungo termine, attraverso il raggiungimento di più obiettivi operativi.

Gli obiettivi strategici dell'IZSSI per il triennio 2023 - 2025 finalizzati a contrastare e a prevenire il fenomeno corruttivo sono:

- informatizzazione dell'intero Ciclo di Gestione del Rischio: dalla mappatura dei processi al monitoraggio e riesame;
- realizzazione di un sistema di monitoraggio che consenta una valutazione effettiva dello stato di attuazione delle attività programmate;
- piena integrazione del processo di gestione del rischio con il ciclo della performance: integrazione tra processo di gestione del rischio di corruzione e quello di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale, prevedendo che tutte le misure specifiche programmate nel PTPCT diventino necessariamente obiettivi del Piano della Performance e inserendo criteri di valutazione che tengano conto del coinvolgimento nel sistema di prevenzione della corruzione;
- razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi e lavori pubblici.

L'Istituto, in conformità con quanto previsto dall'art. 10, co. 3, d.lgs. n.33/2013 individua gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e accesso civico nell'ambito della promozione di livelli sempre maggiori di trasparenza.

In particolare, l'Istituto individua quali obiettivi strategici per la trasparenza:

- *l'attuazione del coordinamento delle azioni in materia di trasparenza e accesso civico con la disciplina sulla tutela della riservatezza introdotta dal regolamento UE 2016/679;*
- *la prosecuzione, al fine di favorire l'accessibilità alle informazioni, delle attività dirette a garantire l'esercizio del diritto di accesso declinato nelle diverse tipologie (civico semplice, civico generalizzato, documentale);*
- *l'implementazione delle attività di informatizzazione delle pubblicazioni in*

“Amministrazione trasparente” al fine di semplificare gli adempimenti, consentire una maggiore accessibilità e fruibilità delle informazioni anche attraverso modalità informatizzate di rimozione dei dati, documenti e informazioni al termine della durata dell’obbligo di pubblicazione ex articolo 8 del d.lgs. n.33/2013;

- *la razionalizzazione e perfezionamento delle attività di controllo e monitoraggio degli obblighi di pubblicazione.*

Gli obiettivi sopra indicati si integrano con gli obiettivi strategici del piano 2022-2024 che di seguito si richiamano per avere un unico documento a cui fare riferimento per la proposizione dei conseguenti obiettivi operativi del prossimo triennio:

L’informatizzazione dei processi: si pone tra i principali obiettivi della più recente legislazione in materia di razionalizzazione e miglioramento delle attività delle Pubbliche Amministrazioni in termini di efficienza, economicità e buon andamento, riveste un ruolo strategico anche ai fini della prevenzione della “corruzione” in quanto, da un lato, riduce i margini di interventi discrezionali e, dall’altro, agevola sistemi di gestione e controllo dell’attività tecnico – sanitarie e amministrative. Essa inoltre consente, per tutte le attività poste in essere dall’amministrazione, la tracciabilità delle fasi del processo riducendo quindi il rischio di “blocchi” non altrimenti monitorabili con emersione delle connesse responsabilità per ciascuna fase.

La semplificazione e la razionalizzazione della normativa interna (regolamenti, linee guida, circolari ecc.): la formulazione di regole precise, chiare ed omogenee riduce i margini di discrezionalità nell’applicazione delle stesse.

Un aspetto o meglio un altro obiettivo sul quale occorre focalizzare l’attenzione è quello della importanza che riveste la consapevolezza, in capo ai soggetti che operano a vario titolo nell’Ente, dei comportamenti adottati durante lo svolgimento delle attività istituzionali e delle conseguenze che taluni comportamenti potrebbero avere. Si intende far riferimento alla *formazione in tema di etica e legalità* che già nel PNA 2013 ha assunto un ruolo di rilievo ai fini della prevenzione della corruzione e che l’Istituto, come previsto nei Piani triennali adottati nei precedenti anni, intende perseguire anche con il presente Piano.

Le iniziative formative da realizzare nel corso del 2023 rivestono un ruolo rilevante, meritano di essere ulteriormente rafforzate da una programmazione contestualizzata alla specifica realtà dell’Istituto e alle attività svolte e che affronti, con lo scopo di superarle, le criticità che possono verificarsi nell’agire quotidiano. Il programma delle attività formative proposto per il 2023 (Link Allegato n. 2 al presente PTPCT) sarà tanto più efficace nei risultati quanto più stretta risulterà essere la collaborazione dei dirigenti referenti che, per le rispettive competenze, hanno un’approfondita conoscenza dei settori in cui operano e quindi delle criticità, delle possibilità che si verifichino eventi di “mala gestione”.

6) PROCESSO REDAZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT 2023 - 2025

Il PTPCT è soggetto ad aggiornamento annuale e i relativi contenuti potranno subire modifiche e integrazioni a seguito delle eventuali indicazioni provenienti dai soggetti istituzionali competenti in

materia. L'aggiornamento annuale viene inserito in questa sottosezione del PIAO che congiuntamente agli altri documenti di programmazione sarà sottoposto all'approvazione del Consiglio di Amministrazione (Commissario) entro il 31 gennaio 2023. Lo stesso, dopo l'approvazione, va pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto e inviato al Dipartimento della funzione pubblica per la pubblicazione sul portale dedicato.

Questa sottosezione è aggiornata entro il 31 gennaio di ogni anno tenendo conto dei seguenti fattori:

- l'eventuale mutamento o integrazione della disciplina normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, del PNA e delle disposizioni in materia penale;
- rischi emersi successivamente alla sua emanazione e, pertanto, non considerati in fase di predisposizione dello stesso;
- nuovi indirizzi o direttive emanate dall'A.N.AC. o da altri organi competenti in merito.

L'aggiornamento avverrà con la stessa procedura seguita per l'adozione. Per quanto non espressamente previsto si rinvia alle disposizioni vigenti.

7) AREE A RISCHIO CORRUZIONE

In questa sezione del Piano vengono descritte le Aree a rischio corruzione generali e specifiche prese a riferimento per il triennio 2023 - 2025.

Per "Aree" si intendono aggregati omogenei di processi.

Le "Aree a rischio corruzione" sono quegli aggregati che, in base alle informazioni disponibili e desumibili dall'analisi di contesto, sono considerati maggiormente esposti al rischio corruzione.

Le "Aree a rischio corruzione" si distinguono in "generali", riscontrabili in tutte le pubbliche amministrazioni, e "specifiche", quelle che le singole Amministrazioni individuano, in base alla tipologia di ente di appartenenza, al contesto, esterno e interno, in cui si trovano ad operare ed ai conseguenti rischi correlati.

Oltre alle aree generali individuate nei Piani Nazionali Anticorruzione, ogni amministrazione ha, infatti, ambiti di attività peculiari, corrispondenti ad aree di rischio ulteriori, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto, non meno rilevanti o meno esposte al rischio di quelle generali.

Concorrono all'individuazione delle "aree di rischio specifiche", i seguenti fattori:

- la mappatura complessiva dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione;
- episodi di cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in enti pubblici afferenti allo stesso settore dell'amministrazione interessata;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili delle strutture;
- incontri (o altre forme di interazione) con i portatori di interesse esterni;
- aree di rischio già identificate da amministrazioni simili per tipologia e complessità organizzativa.

7.1 Aree a rischio generali

Il PNA del 2013, pur evidenziando che le Aree a rischio corruzione variano a seconda del contesto esterno e interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla singola amministrazione, individuava aree a rischio comuni, rispetto alle quali tutte le pubbliche amministrazioni sono potenzialmente esposte. Rientrano in tali Aree quelle categorie di attività che, per le loro caratteristiche, devono essere necessariamente presidiate. Queste

sono già indicate all'art. 1, comma 16, della legge n.190/2012, che recita: *“Fermo restando quanto stabilito nell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, [...] le pubbliche amministrazioni assicurano i livelli essenziali di cui al comma 15 del presente articolo con particolare riferimento ai procedimenti di: a) autorizzazione o concessione; b) 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 a lavori, servizi e forniture, [...]; 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; d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150 del 2009.”*

I PNA successivi hanno definito ulteriori aree di rischio comuni a tutte le P.A. In particolare, dall'analisi del PNA 2019, emergono le seguenti aree di rischio comuni:

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti pubblici;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Gestione delle Entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso.

Il PNA 2022 richiama l'attenzione sulla corretta gestione delle risorse finanziarie nell'ambito dei processi interessati dal PNRR e la gestione dei fondi strutturali.

L'Istituto, in atto, non ha avviato attività collegate all'utilizzo delle predette risorse finanziarie.

L'aggiornamento 2015 al PNA ha dedicato un approfondimento specifico per il settore sanità – in ragione delle sue peculiarità intrinseche – rispetto a quattro delle sopra elencate aree di rischio, fornendo una serie di indicazioni puntuali a tutti gli enti sanitari. Si tratta delle seguenti quattro aree:

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

L'area di rischio generale dei contratti pubblici rappresenta senza dubbio l'ambito dell'*agere* della P.A., ove il rischio corruttivo si palesa con maggior facilità. Per tale ragione, l'affidamento di lavori, servizi e forniture costituisce l'area di rischio maggiormente *“esplorata”* dall'ANAC, nonché quella per la quale l'Autorità – proprio in ragione della sua natura intrinsecamente vulnerabile - ha chiarito con maggiore puntualità e incisività quali siano gli interventi e le misure da adottare per emarginare il fenomeno corruttivo.

Le indicazioni fornite dall'ANAC, circa la metodologia di gestione del rischio da adottare nell'ambito dei contratti pubblici, richiedono alle amministrazioni di effettuare una autoanalisi organizzativa (preferibilmente su base triennale) che consenta di *“fotografare lo stato di servizio”*, al fine di individuare criticità e punti di forza di tale area, in funzione della pianificazione delle conseguenti misure di intervento, anche attraverso l'utilizzo di indicatori a particolare valenza informativa. ANAC raccomanda altresì di procedere alla

scomposizione del sistema di affidamento dell'appalto nelle fasi riportate di seguito:

- programmazione del fabbisogno;
- progettazione della gara;
- selezione del contraente;
- verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto;
- esecuzione e rendicontazione.

Per ognuna delle predette fasi è necessario individuare i processi rilevanti e il rischio configurabile, programmando le misure atte a prevenirlo.

Misure quali:

- la rotazione dei responsabili unici dei procedimenti (RUP);
- la nomina e la rotazione dei direttori dell'esecuzione dei contratti relativi a servizi e forniture (DEC) e dei direttori dei lavori (DL);
- la segregazione delle funzioni in relazione alle diverse fasi che caratterizzano i processi di acquisizione di beni, servizi e lavori (programmazione, progettazione, scelta del contraente, verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto, esecuzione e rendicontazione del contratto);
- la pubblicazione di dati e informazioni ulteriori rispetto a quelli previsti dal d.lgs. n.33/2013;
- la formazione degli addetti all'istruttoria;
- la verifica della corretta gestione del conflitto di interessi;
- la rotazione dei componenti delle commissioni giudicatrici;
- il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza;
- la previsione di una fase periodica di aggiornamento della programmazione;
- il rispetto del principio di rotazione negli affidamenti;
- il ricorso a strumenti di acquisto e di negoziazione informatici, quali convenzioni quadro, mercato elettronico, ecc.;
- l'adeguata istruttoria e puntuali controlli rappresentano iniziative ed interventi imprescindibili e non ulteriormente procrastinabili, che ogni P.A. è tenuta ad attuare concretamente, seppure in conformità alle proprie caratteristiche organizzative e funzionali.

In ragione dei frenetici avvicendamenti normativi e giurisprudenziali in tale area, è indispensabile garantire una costante attività formativa e di aggiornamento.

7.2 Aree a rischio specifiche

Come anticipato, i PTPCT delle singole pubbliche amministrazioni devono individuare – in aggiunta alle aree di rischio generali - aree specifiche, per quanto identificabili in relazione alla tipologia ed alla missione dell'azienda/istituto, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione. L'approfondimento in materia di sanità, contenuto nell'aggiornamento 2015 al PNA, Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, riporta, a titolo esemplificativo e non esaustivo, un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, quali aree di rischio specifico. Si tratta delle aree di seguito riportate:

- a) attività libero professionali e liste di attesa;
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d) attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Le aree di cui ai precedenti punto a), b) e d), tuttavia, in ragione delle peculiarità degli Istituti Zooprofilattici non risultano applicabili ai settori di competenza dell'IZSSI.

Alla luce della vigente normativa, dei PNA e delle ulteriori indicazioni forniti da ANAC,

della disamina del contesto esterno ed interno e degli ulteriori elementi rilevanti ai fini dell'individuazione delle aree a rischio specifiche di ciascuna pubblica amministrazione, il Piano 2023 - 2025 individua per l'IZSSI le seguenti due Aree di rischio specifiche:

- **Prestazioni di laboratorio e supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica;**
- **Gestione delle attività di ricerca;**

7.2.A) Prestazioni di laboratorio e supporto tecnico scientifico all'Autorità Sanitaria Pubblica

L'IZSSI, quale ente sanitario di diritto pubblico del Servizio Sanitario Nazionale, assicura la capacità di laboratorio a favore delle “Autorità Competenti” (Regioni, aziende sanitarie, nuclei antisofisticazioni e sanità, etc.) per l'esecuzione dei cosiddetti “controlli ufficiali”, intendendosi per tali “qualsiasi forma di controllo eseguita dall'Autorità competente per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi, alimenti e salute e benessere degli animali”. La capacità di laboratorio è garantita attraverso l'esecuzione di prestazioni di laboratorio analitiche, attività diagnostiche, sopralluoghi, pareri e consulenze. Gli esiti delle prestazioni rese dall'IZSSI nell'ambito dei controlli ufficiali (rapporti di prova) costituiscono il presupposto tecnico per l'esercizio della potestà pubblica da parte delle competenti autorità, ai fini della tutela della salute pubblica, in particolare, nel settore della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria. Il supporto tecnico-scientifico a favore delle autorità sanitarie pubbliche rappresenta il principale compito istituzionale normativamente affidato all'IZSSI e ha dirette, importanti ed evidenti ricadute in un settore, qual è quello agroalimentare e dell'industria zootecnica, caratterizzato – così come chiaramente emerso dall'analisi del contesto esterno - da rilevanti interessi economici che possono in alcuni casi confliggere con l'esigenza di tutela della salute pubblica. Appare evidente, quindi, come questa area di attività dell'IZSSI possa essere oggetto di attenzioni e di ingerenze esterne finalizzate ad “alterare” gli esiti dei controlli, in un settore peraltro ove negli ultimi anni si è verificato un forte incremento delle infiltrazioni della criminalità organizzata.

L'accettazione incompleta o errata dei campioni da analizzare, la mancata integrità dei dati inseriti nel sistema informativo, l'alterazione o eliminazione delle prove nella fase *post* analitica, rappresentano alcuni possibili rischi corruttivi collegati a pressioni e/o ingerenze da parte di terzi per ostacolare la corretta esecuzione di prestazioni richieste all'IZSSI dalle Autorità Competenti, allo scopo ultimo di favorire soggetti predeterminati.

È pertanto indispensabile individuare ed applicare misure atte ad impedire pressioni ed ingerenze dall'esterno. L'applicazione di un sistema informativo di formazione, gestione e trasmissione dei rapporti di prova idoneo a garantire l'integrità dei dati analitici e del referto, nonché la possibilità di anonimizzare i dati delle persone fisiche/giuridiche a cui si riferiscono i campioni da analizzare, l'anonimizzazione dei campioni stessi e dei fogli di lavoro, rappresentano senz'altro misure utili a tale scopo; così come la segregazione delle funzioni con riguardo al personale che interviene nell'esecuzione delle prestazioni e nell'emissione del rapporto di prova.

L'attuazione delle misure sopra delineate rientrano nelle competenze dell'U.O. Sistema Informativo e Statistico a cui fa capo il “Servizio Accettazione” della sede di Palermo e del corrispondente “Servizio Accettazione” delle Aree Territoriali di Barcellona Pozzo di Gotto, di Caltanissetta, di Catania e di Ragusa che entro il 2023 dovranno procedere, gradualmente, alla mappatura del relativo processo con la conseguente valutazione/ponderazione delle azioni di trattamento del rischio.

Si ritiene utile, altresì, evidenziare che il 14 dicembre 2019 è entrato in vigore il regolamento UE 2017/625 in materia di controlli ufficiali. È ragionevole programmare e realizzare iniziative formative in merito alla nuova disciplina introdotta dall'ordinamento UE a favore di tutti gli

operatori dell'IZSSI coinvolti nell'attività a supporto dell'Autorità Sanitaria Pubblica richiamando l'attenzione sui possibili rischi di "cattiva amministrazione" nell'erogazione del servizio.

7.2.B) Gestione delle attività di ricerca – Attività di sfruttamento dei risultati della ricerca e della sperimentazione ed altre tecnologie

Il settore della ricerca, insieme a quelli della sperimentazione clinica e delle sponsorizzazioni, è stato qualificato come ambito particolarmente esposto al rischio di fenomeni corruttivi in un'apposita area del PNA 2015. Tale PNA valutava indispensabile - in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali - l'adozione di un ampio numero di misure di prevenzione *"in particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione."*

Nella attività di ricerca realizzata in IZSSI, sono diversi gli attori che intervengono a diverso titolo e responsabilità nei correlati processi:

- i responsabili scientifici, per le attività di progettazione e di gestione dei progetti di ricerca;
- la Direzione per l'approvazione delle proposte progettuali;
- gli organismi consultivi preposti alla valutazione preventiva delle proposte progettuali;
- le strutture amministrative, che si occupano della gestione amministrativa dei progetti, dell'acquisizione delle risorse necessarie e della rendicontazione e liquidazione dei contributi concessi.

Si ritiene, pertanto, opportuno prevedere anche per il 2023 la mappatura dei processi con l'individuazione di alcuni rischi e misure di prevenzione proprie dell'attività di ricerca, individuando, quali aree maggiormente esposte a rischio corruttivo, le attività correlate alla progettazione ed alla composizione del gruppo di ricerca e, successivamente, adottando misure di prevenzione del rischio via via più specifiche, anche in ragione delle novità introdotte nei Piani Nazionale Anticorruzione 2016, 2017, 2022, nonché della presenza in alcuni bandi di ricerca della tematica relativa alla gestione dei conflitti di interesse.

L'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato da ANAC con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017, ha dedicato uno specifico approfondimento alle istituzioni universitarie e, nell'ambito di queste, all'attività di ricerca. La sezione del Piano dedicata alle Università non si è occupata direttamente del complesso sistema degli Enti pubblici di ricerca, ma precisa che ad essi, tuttavia, possono essere applicate le valutazioni ivi contenute entro i limiti di compatibilità, soprattutto quelle attinenti alle attività di ricerca scientifica.

L'analisi effettuata dal PNA 2017 *"segue l'articolazione del ciclo di vita della ricerca, dalla progettazione alla pubblicazione degli esiti, evidenziando i passaggi ritenuti più critici perché particolarmente opachi o potenzialmente più esposti a situazioni di conflitto di interesse"*. [...]

*“Le decisioni pubbliche rilevanti sulle attività di ricerca e gestione della ricerca si articolano in quattro distinte fasi, così ricomposte: progettazione; valutazione dei progetti e loro finanziamento; svolgimento della ricerca; pubblicazione degli esiti”. In particolare, il PNA 2017 individua rischi specifici e possibili correlate misure di prevenzione in ciascuna delle fasi del ciclo di vita della ricerca. Scarsa trasparenza e scelte discriminatorie vengono individuate quali possibili rischi nelle attività di valutazione e finanziamento dei progetti di ricerca, nell’ambito del quale il PNA 2017 precisa altresì che “allo stesso fine di conoscibilità e trasparenza, appare inoltre importante che si predefiniscano i criteri di valutazione ex ante”. Nella fase di svolgimento della ricerca, “fenomeni di maladministration possono riguardare le modalità di individuazione del coordinatore della ricerca, dei componenti del gruppo e le modalità di gestione dei rapporti interni al gruppo di ricerca, nonché i modi di utilizzazione dei risultati della ricerca. Comportamenti distorti possono, infatti, essere causa di conflitti di interesse, in termini di trasparenza e conoscibilità delle informazioni. A questo riguardo, occorre osservare che si tratta di un problema complesso, nel quale lo sconfinamento può confliggere con la libertà della ricerca, specialmente in ambiti tecnico-scientifici, rischiando di rendere complicato l’equilibrio fra la trasparenza e la segretezza di una ricerca nel corso del suo svolgimento. Inoltre, anche nello svolgimento dell’attività di ricerca occorre accertare che non vi siano forme di conflitto di interesse in relazione alla tipologia di attività esperita, sotto il profilo sia soggettivo sia oggettivo”. Infine, per la fase conclusiva (esito e diffusione dei risultati) il PNA 2017 sottolinea l’importanza di poter verificare l’effettivo svolgimento della ricerca e i risultati conseguiti, “in modo da poter valutare se il finanziamento erogato abbia dato luogo alla realizzazione dell’esperienza, quantomeno sul piano procedurale e documentale. Tale attività pare dover prescindere dagli esiti scientifici, che dovranno essere verificati da tecnici del settore. [...] Possibili misure da adottare in questa fase riguardano **l’implementazione del sistema Open Access per tutti i risultati prodotti in esito a ricerche finanziate con risorse pubbliche, già obbligatorio in Europa [...]**”.*

In maniera coerente con le previsioni del PNA 2017 e in considerazione che l’area della ricerca scientifica rappresenta una peculiare attività istituzionale dell’IZSSI, il PTPCT 2023- 2025 individua quale area a rischio specifico l’*“Attività di ricerca e sperimentazione, di sfruttamento dei relativi risultati e altre tecnologie”*.

Riprendendo l’analisi effettuata dal PNA 2019, con il PTPCT 2023-2025, seguendo in parte l’articolazione del ciclo di vita della ricerca (progettazione; valutazione dei progetti e loro finanziamento; svolgimento della ricerca; pubblicazione degli esiti), si prevede di iniziare nel 2023 la mappatura dei relativi processi con la conseguente individuazione delle misure di prevenzione ritenute opportune ed organizzativamente sostenibili.

In relazione ai rischi sopra descritti, il presente Piano, nelle more della mappatura, prevede le seguenti misure di prevenzione del rischio:

- gestione del conflitto di interessi, attraverso il rilascio della dichiarazione di assenza di conflitti di interessi da parte del responsabile scientifico con IZSSI capofila (laddove cioè prevale l’attività di progettazione e di costituzione del gruppo di ricerca rispetto ai progetti dove l’ente è coinvolto quale unità operativa) e attestazione da parte del dirigente sovraordinato;
- valutazione preventiva dei progetti di ricerca con IZSSI capofila nella fase di presentazione;
- valutazione dei risultati della ricerca, mediante un’attività di valutazione delle relazioni

- scientifiche finali, propedeutica all’invio delle stesse all’ente finanziatore;
- assegnazione dei progetti "anonimi" ai referee esterni per i programmi di ricerca sottoposti alla valutazione del Comitato Tecnico Scientifico ed acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei referee esterni del CTS;
- audit sui progetti di ricerca da parte della Direzione Amministrativa e della Direzione Sanitaria.

8) GESTIONE DEL RISCHIO

A seguito della pubblicazione del PNA 2019 e alla luce dell’espressa indicazione fornita da ANAC secondo la quale, ai fini della predisposizione dei PTPCT 2023 - 2025, le P.A. possono far riferimento alle indicazioni metodologiche contenute nell’allegato n.1 del PNA, l’IZSSI ha ritenuto di dare avvio alla graduale applicazione dei contenuti del predetto allegato.

Pertanto, allo scopo di fornire il necessario coordinamento e di facilitare l’adeguamento alle nuove indicazioni metodologiche, è stata predisposta - sulla base delle indicazioni contenute nel PNA 2019 - un’apposita scheda per la gestione del rischio. Come suggerito da ANAC, la scheda – suddivisa in quattro parti – presenta un formato tabellare.

La prima parte è dedicato alla rappresentazione della mappatura dei processi:

(Elenco dei processi per struttura)

MAPPATURA DEI PROCESSI DELLA STRUTTURA			
area di rischio	processo	Descrizione	fase/attività

La seconda è dedicato all’identificazione dei possibili eventi rischiosi per ognuna delle fasi/attività di ciascun processo

(Registro dei rischi per struttura)

IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI				
area di rischio	processo	fase/attività	evento rischioso	fattore abilitante del rischio corruttivo

La terza parte è finalizzato alla misurazione del livello di esposizione al rischio corruzione di ognuna delle fasi/attività di ciascun processo.

VALUTAZIONE DEI RISCHI						
		INDICATORI DI LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO				
processo	fase/attività	indicatore n.1	indicatore n.2	...indicatore n.9	giudizio sintetico	motivazione

La quarta ed ultima parte è destinata a contenere le misure individuate per il trattamento del rischio e la loro programmazione, con indicatori e *target* idonei ed utili per il successivo monitoraggio.

INDIVIDUAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE							
processo	fase/attività	misura	tipologia di misura	tempi di attuazione	di indicatore	<i>target</i>	responsabile dell’attuazione

Allo scopo di ottimizzare il lavoro eseguito negli anni precedenti e agevolare il più possibile l’adeguamento alla nuova metodica, il RPCT ha provveduto per le vie brevi *con la collaborazione dei dirigenti responsabili delle strutture complesse amministrative* ad implementare la scheda di ciascuna struttura amministrativa con i processi di relativa competenza e le corrispondenti misure di prevenzione, come risultanti dal PTPCT 2021-2023.

Per quanto riguarda i processi delle attività tecnico sanitarie si provvederà, gradualmente, nel corso del 2023 ad implementare la scheda di ciascuna struttura con i processi di relativa competenza e le corrispondenti misure di prevenzione.

Ai fini della descrizione del processo, si è deciso, in questa prima fase, di applicare il criterio della gradualità, come suggerito da ANAC; sicché nell’apposita area della scheda sono state riportate: le finalità del processo, le attività principali che scandiscono e compongono il processo, la responsabilità complessiva del processo e i soggetti che svolgono le attività.

A seguito del confronto avuto con i dirigenti responsabili delle strutture amministrative, si è proceduto con la valutazione del rischio, partendo dall’identificazione - per ogni fase/attività di ciascun processo - di possibili eventi corruttivi e dei corrispondenti fattori abilitanti. Ciò al fine di ottenere l’elenco dei rischi corruttivi di ciascuna struttura amministrativa e, conseguentemente - come richiesto da ANAC - un registro completo dei rischi dell’intero Ente.

Terminata l’identificazione dei rischi, i responsabili di struttura hanno provveduto all’analisi dei singoli eventi rischiosi e alla “*stima del livello di esposizione al rischio corruttivo*” di ciascun processo (o meglio di ognuna delle fasi/attività di ciascun processo), secondo il nuovo approccio di tipo “*qualitativo*”.

Sulla base dell’esemplificazione proposta da ANAC e tenuto conto degli esiti dell’analisi del contesto esterno ed interno (sia del presente piano sia dei precedenti PTPCT) – sono stati definiti in via preliminare nove indicatori del livello di esposizione al rischio. Per ciascun indicatore sono state individuate misurazioni predefinite, tra le quali il responsabile di struttura (quale soggetto

valutatore) è stato chiamato a scegliere, sulla base dei dati e delle informazioni in suo possesso (dati giudiziari, procedimenti disciplinari, durata dei procedimenti, segnalazioni, reclami, informazioni di stampa, richieste di riesame, etc).

Nella tabella riportata di seguito sono elencati i nove indicatori scelti dal RPCT, le corrispondenti misurazioni, con una descrizione esemplificativa dei possibili elementi rilevanti ai fini della misurazione stessa.

INDICATORE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	POSSIBILI MISURAZIONI	ESEMPLIFICAZIONE DI ELEMENTI RILEVANTI PER LA MISURAZIONE
1 - GRADO DI DISCREZIONALITÀ DELLA FASE/ATTIVITÀ	ALTO	La fase/attività è caratterizzata da ampia discrezionalità sia nella definizione delle finalità sia nella individuazione delle soluzioni organizzative sia nella gestione operativa
	MEDIO	La fase è caratterizzata da una discrezionalità apprezzabile nella definizione degli obiettivi e/o da una discrezionalità circoscritta nell'individuazione delle soluzioni organizzative ovvero la fase risulta sufficientemente proceduralizzata
	BASSO	La fase/attività è predeterminata nelle finalità ovvero presenta un livello modesto di discrezionalità ovvero ad ogni obiettivo corrisponde una soluzione organizzativa e/o un modello di gestione predefinito
2 - LIVELLO DI INTERESSE DEL DESTINATARIO DEL PROCESSO	ALTO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) molto rilevante
	MEDIO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) non particolarmente rilevante
	BASSO	Non sussistono interessi tali da generare possibili influenze sull'attività/fase
3 - PRESENZA DI ATTI CORRUTTIVI IN IZSSI (LEGATI AL PROCESSO/FASE/ATTIVITÀ)	SI	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "mala gestio") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica.
	NO	
4 - PRESENZA DI EVENTI CORRUTTIVI NELLA P.A. IN GENERALE	SI	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "mala gestio") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica.
	NO	
5 - OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE: PER TUTTE LE FASI DEL PROCESSO L'IZSSI HA ADOTTATO STRUMENTI DI TRASPARENZA	SI	Sono state già introdotte in IZSSI misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
	NO	Non sono state introdotte in IZSSI misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
6 - SONO STATE INTRODOTTE IN IZSSI MISURE DI PREVENZIONE PER RISCHI ASSOCIATI AL PROCESSO/ATTIVITÀ/FASE	SI	I precedenti PTPCT hanno introdotto misure di prevenzione per la fase/attività
	NO	NON è presente alcuna misura di prevenzione della corruzione
	SI	Il monitoraggio ha dato esito favorevole: le misure introdotte vengono correttamente applicate

7- LE MISURE DI PREVENZIONE ESISTENTI SONO STATE APPLICATE CORRETTAMENTE (IN BASE AL MONITORAGGIO DEGLI ULTIMI DUE ANNI)	NO	Il monitoraggio ha dato esito non favorevole: le misure introdotte non risultano correttamente applicate
	MISURE DI PREVENZIONE	MISURE DI PREVENZIONE NON PREVISTE

	NON PREVISTE	
8 – È NECESSARIO INTRODURRE NUOVE MISURE PER ACCRESCERE IL LIVELLO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO	SI	Il valutatore indica, anche sulla base degli esiti dei monitoraggi, se le misure già applicate possano considerarsi efficaci ovvero se ritenga necessario introdurre nuove e/o diverse misure
	NO	
9 – LIVELLO DI ROTAZIONE DEL PERSONALE NELLA GESTIONE DEL PROCESSO	ALTO	I soggetti che a vario titolo intervengono nello svolgimento delle attività e/o nell’adozione delle determinazioni finali ruotano periodicamente (a cicli temporali brevi)
	MEDIO	I soggetti che a vario titolo intervengono nello svolgimento delle attività e/o nell’adozione delle determinazioni finali ruotano periodicamente (a cicli temporali medi)
	BASSO	I soggetti che a vario titolo intervengono nello svolgimento delle attività e/o nell’adozione delle determinazioni finali ruotano periodicamente (a cicli temporali lunghi)
	NON ATTUABILE	La rotazione non è attuabile: un solo soggetto interviene e per competenze può intervenire nella gestione dell’attività/processo
GIUDIZIO SINTETICO DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	ALTO	Sulla base della misurazione degli indicatori, il valutatore deve esprimere un giudizio sintetico, applicando il criterio generale della prudenza. Il giudizio non deve essere la media delle misurazioni dei singoli indicatori, ma deve considerare da un punto di vista qualitativo ogni elemento rilevante e la sua ricaduta sull’intera attività/processo
	MEDIO	
	BASSO	
MOTIVAZIONE DELLA MISURAZIONE (DESCRIZIONE)		Il Giudizio sintetico deve essere motivato sulla base della misurazione degli indicatori e alla luce della rilevanza degli elementi e dei dati considerati dal valutatore.

Partendo dalle misure di prevenzione previste ed applicate in esecuzione del PTPCT 2019-2021 e alla luce degli esiti della valutazione del rischio effettuata per l’adozione del presente Piano, come sopra descritta, ciascun responsabile di struttura ha, quindi, proposto, le misure di prevenzione ritenute idonee al trattamento del rischio, programmando altresì tempistica e modalità di applicazione delle stesse.

Le schede di programmazione di gestione del rischio definitive sono riportate **negli allegati n. 1.1, 1.2, 1.3, e 1.4 del presente PTPCT.** (Link)

Le misure programmate sin d’ora per gli anni successivi sono descritte in modo generico nella successiva scheda programmatica. Queste ultime misure saranno ridefinite e precisate in sede di aggiornamento annuale del Piano.

MISURA	TERMINE DI ATTUAZIONE
Predisposizione proposta del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2023-2025	31.01.2023
Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2023	31.05.2023
Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	30.06.2023
Monitoraggio finale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.10.2023
Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2023	31.12.2023
Predisposizione del Piano triennale Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2024-2026	31.01.2024
Programmazione dei percorsi formativi per la prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2025	28.02.2025
Monitoraggio intermedio sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.05.2025
Monitoraggio annuale sull'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruzione dei processi mappati	31.12.2025
Attuazione degli interventi formativi programmati per il 2025	31.12.2025

9) MISURE DI PREVENZIONE

Per realizzare la strategia di prevenzione della corruzione saranno attuate una serie di attività e misure, nei modi e nei tempi di seguito indicati.

Il Piano Nazionale Anticorruzione distingue le misure di prevenzione da adottare al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, in due categorie:

- a) misure di prevenzione derivanti dall'attività di risk management, che pur non essendo obbligatorie per legge sono rese tali dal loro inserimento nel PTPCT.
- b) misure di prevenzione previste dalla legge, la cui applicazione è imposta, appunto, dalla legge o da altre fonti normative;

a) Le misure di prevenzione derivanti dall'attività di risk management: programmazione

Le misure di prevenzione, ossia le attività/adempimenti da porre in essere per ridurre o eliminare i rischi di "corruzione" sono previste dalla legge o individuate a seguito dell'espletamento dell'attività di risk management.

Nell'ambito del complesso delle finalità 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,

degli aggiornamenti al PNA 2013 e del PNA 2016, le attività ritenute potenzialmente più esposte o sensibili al rischio corruzione sono:

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di/o con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

Contratti pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);

Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e progressione del personale);

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;

Incarichi e nomine;

Affari legali e contenzioso;

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.

Le aree relative a: attività libero professionale, liste di attesa, rapporti con soggetti erogatori ed attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero non vengono prese in esame in quanto l'Istituto non espleta attività in queste aree.

Per ognuna delle fattispecie sopraelencate si conferma per il triennio 2022-2024 quanto già indicato e previsto nel PTPCP 2021-2023 con il quale sono state indicate, nell'allegato n.1, le attività connesse, il grado di rischio e le procedure di prevenzione. Le relative attività di programmazione delle misure vengono rappresentate in formato tabellare nell' "allegato 1 – Schede di programmazione".

L'adozione delle misure, da parte dei dirigenti responsabili di struttura complessa e/o di struttura semplice autonoma per le rispettive competenze, rappresenta l'obiettivo essenziale e la sintesi di tutte le azioni volte alla prevenzione della corruzione e, in quanto tale, è oggetto di una attività di controllo da parte del RPCTP, che si realizza attraverso il monitoraggio annuale.

L'attività di "programmazione delle misure" del presente Piano, che si integra con le misure del PTPCT 2022/2024, è rappresentata in formato tabellare negli "allegati 1.1 -1.2 – 1.3 – 1.4" - "schede di programmazione".

In particolare, le schede di programmazione contenute nei predetti allegati risultano suddivise per area organizzativa di competenza e per processi.

b) Misure di prevenzione previste dalla legge

Con le misure elaborate a seguito dell'attività di *risk management* coesistono le misure di prevenzione imposte dalla legge. Si tratta di obblighi che trovano la loro fonte primaria nella legge n. 190/2012 ma che coinvolgono molteplici aspetti dell'agire pubblico e, come si avrà modo di specificare in seguito, trovano collocazione in vari testi normativi. La natura peculiare di tali misure comporta che la loro realizzazione si ponga come adempimento normativo finalizzato alla prevenzione della corruzione. Per tale ragione si spiega una diversa gestione delle attività e del monitoraggio svolto dal RPCT al fine di verificare gli adempimenti.

Le singole misure trovano elencazione nei paragrafi che seguono e in riferimento a esse sono specificate le azioni poste in essere nel 2021 quale "consuntivo" e le attività programmate per il periodo di vigenza del presente PTPCT, ove la natura della misura consenta margini di azioni ulteriori al mero adempimento.

I) Trasparenza

Ruolo fondamentale per il controllo della correttezza dell'agire pubblico e, dunque, per il contrasto alla "corruzione", riveste il principio della trasparenza amministrativa che costituisce livello

essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117 c. 2 lett. m) della Costituzione, secondo quanto già previsto dal D.Lgs. 150/2009. Il principio di trasparenza, infatti, è stato oggetto di numerosi provvedimenti già a partire dagli anni '90 e in tale ottica si è posta anche la L. 190/2012 che, oltre ad aver previsto precisi obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale di determinate informazioni, ha rinviato all'adozione di un decreto legislativo il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. Le disposizioni sulla trasparenza sono contenute nel D.Lgs. 33/2013 poi rivisitato dal D.Lgs. 97/2016.

Le misure e gli adempimenti in materia di trasparenza sono oggetto di disamina nell'apposita Sezione Trasparenza del presente PTPCT a cui pertanto si rinvia.

II) Codice di comportamento dell'Istituto

La legge n. 190/2012,- intervenendo sull'art. 54 del D.Lgs. 165/2001, nell'intento di assicurare la qualità dei servizi delle Pubbliche Amministrazioni, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, nonché il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, ha previsto l'emanazione da parte del Governo di un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. In ossequio a tale previsione è stato emanato il DPR 62/2013 (cd. Codice nazionale).

In attuazione di quanto previsto nell'art. 54 c. 5 del D.Lgs. 165/2001, l'Istituto ha adottato in data 16/04/2014 il "Codice di comportamento dei dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri" che integra le disposizioni del Codice nazionale con disposizioni formulate in base alle specificità della realtà dell'Ente. A seguito dell'approvazione delle nuove linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (*delibera ANAC n.177 del 19/02/2020*) l'Istituto ha aggiornato il nuovo codice di comportamento, che dopo essere stato posto in consultazione pubblica e trasmesso all'OIV per esprimere il parere obbligatorio ai sensi dell'art. 54 comma 5 del D.Lgs. 165/2001 è stato adottato con deliberazione commissariale n. 56/2023 del 26/01/2023 (all.3 Link).

Il Codice di Comportamento dell'Istituto, realizzando la *ratio* sottesa alla previsione legislativa del Codice nazionale, ovvero la definizione degli obblighi e dei comportamenti che devono essere rispettati dai dipendenti pubblici, rappresenta una delle principali azioni e misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione. Tale valenza è sottolineata dall'estensione dell'ambito soggettivo di applicazione che comprende, oltre ai dipendenti "contrattualizzati" e i Dirigenti ai quali sono dedicate apposite disposizioni, anche i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

La violazione dei doveri contenuti nei Codici di comportamento, nazionale e d'Istituto, è fonte di responsabilità disciplinare e rileva altresì ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogni qualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi e regolamenti.

La vigilanza sul rispetto dei Codici spetta ai dirigenti responsabili di strutture semplici e complesse, nonché all'U.P.D. la cui attività di vigilanza è strettamente connessa all'attività svolta in qualità di organo deputato alle funzioni disciplinari. Della suddetta attività il RPCT ottiene a cadenza annuale appositi report al fine della Relazione trasmessa all'O.I.V. che in tale sede svolge un'attività di supervisione ed all'A.N.AC.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Vigilanza sul rispetto da parte dei dipendenti afferenti alla rispettiva Area degli obblighi previsti dal Codice	Tutti i dirigenti responsabili di struttura	Risultati: dal rendiconto annuale dell'Ufficio procedimenti Disciplinari (UPD) si rileva un sostanziale e generalizzato rispetto delle norme, atteso che non ci sono state violazioni nel corso del 2022.
Monitoraggio del numero e della tipologia delle violazioni del Codice accertate e sanzionate	Ufficio procedimenti Disciplinari – Tutti i dirigenti	Modalità: Sono stati acquisiti i dati relativi ai procedimenti disciplinari dall'UPD. Risultati: N. 0 procedimenti disciplinari.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE per il triennio 2023 - 2025		
La programmazione delle attività per il periodo di riferimento del presente PTPCT ripropone la programmazione delle misure introdotte nei precedenti PTPC vista la natura ciclica delle stesse.		
ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Vigilanza sull'attuazione degli obblighi previsti dal Codice	L'attività si svolge senza soluzione di continuità	Tutti i dirigenti
Monitoraggio sulle sanzioni irrogate per illeciti disciplinari conseguenti a violazioni del Codice e conseguente comunicazione al RPCT in caso di risultati che possano denotare evidenti anomalie	L'attività si svolge senza soluzione di continuità, con comunicazione annuale nel mese di dicembre al RPCT	UPD– Tutti i dirigenti
Attività formativa orientata ad approfondire la valenza delle norme del Codice di comportamento	Annuale	RPCT - U.O. Sistema Formazione Permanente e Aggiornamento del Personale

III) Rotazione del personale amministrativo e tecnico-sanitario

La L. 190/2012 ha conferito alla rotazione del personale, strumento ordinario di organizzazione, la natura di misura preventiva che le pubbliche amministrazioni possono porre in essere nei confronti dei dipendenti addetti ai settori particolarmente esposti alla corruzione. Ciò in base all'assunto che l'alternanza di soggetti deputati allo svolgimento di attività che comportano assunzione di decisioni o gestione di procedure riduce il rischio che possano crearsi particolari relazioni tra il dipendente e l'utente, tali da dar luogo a fenomeni corruttivi.

Sul tema il PNA 2016 ha sottolineato una ulteriore distinzione con la rotazione prevista dal D.Lgs. 165/2001 individuando pertanto la distinzione tra:

- rotazione ordinaria: consistente nella rotazione di dirigenti e funzionari e nella rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio

che siano commessi reati di corruzione; in particolare può articolarsi in una rotazione di funzioni svolte all’interno di un ufficio ovvero avere portata più ampia e coinvolgere personale afferente a uffici/settori di una medesima area o personale afferente ad aree diverse.

- rotazione straordinaria: prevista dall’art. 16 c. 1 lett. i) quater D. Lgs. 165/2001, da applicarsi ai dirigenti e al personale non dirigenziale in caso di avvio di procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva. Come chiarito nel PNA 2016, qualora l’applicazione della misura riguardi il personale dirigenziale, si concretizzerà nella revoca dell’incarico dirigenziale e, se del caso, nel conferimento di altro incarico. Nei confronti dei dipendenti, la rotazione si tradurrà nell’assegnazione ad altro ufficio o servizio.

La rotazione del personale presenta tuttavia peculiari complessità dovute alla necessità di contemperare tale misura con altre esigenze quali la garanzia di continuità dell’azione amministrativa nonché dell’azione tecnico-sanitaria e la valorizzazione della professionalità acquisita dal dipendente. Pertanto il ricorso alla rotazione è considerato in una logica complessiva di complementarietà con altre misure di prevenzione.

Nel corso del 2022 sono state fatte ruotare n. 15 unità di personale soprattutto per far fronte ad esigenze organizzative delle strutture amministrative, sanitarie e di staff della Direzione Generale. Non essendovi stati casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva non è stato necessario effettuare la rotazione “straordinaria”.

Attività programmate per il triennio 2023-2025:

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA’	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Effettuazione rotazione “ordinaria”	Direttore Generale – Direttori di Area interessati in coordinamento con il Direttore dell’Area GRU	La rotazione di n. 15 unità di personale è avvenuta per far fronte ad esigenze organizzative delle strutture amministrative, sanitarie e di staff della Direzione Generale.
Non essendovi stati casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, non è stato necessario effettuare la rotazione “straordinaria”.		
ATTIVITÀ PROGRAMMATE per il triennio 2023 - 2025		
ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Adozione, previa valutazione della Direzione Strategica, della proposta di regolamento elaborata in data 23 dicembre 2019 dal Direttore dell’Area Gestione Risorse Umane e	2023	Direttore Generale – Dirigente responsabile dell’Area Gestione Risorse Umane dopo l’adozione del regolamento.

conseguente applicazione nei termini e modalità previsti dal regolamento.		
Promozione di attività formative e di aggiornamento del personale.	Misura di attuazione periodica svolta in base alla programmazione delle attività formative	<u>RPCT - U.O. Sistema Qualità</u> <u>Formazione e Aggiornamento del</u> <u>Personale</u>

IV) **Disciplina del conflitto di interessi**

Il conflitto di interessi si realizza quando il dipendente, chiamato a perseguire l’interesse pubblico (cd. interesse primario) nel rispetto del principio dell’imparzialità dell’azione amministrativa di cui all’art. 97 Cost., si trova in situazioni riferibili a interessi privati (cd. interesse secondario) tali da compromettere, anche solo potenzialmente, l’imparzialità del suo agire. Al fine di preservare il principio della imparzialità si rende pertanto doverosa l’astensione dalla partecipazione delle attività istituzionali interessate dalla situazione di conflitto.

La L. 190/2012, nell’intento di rafforzare tale principio ha innovato la L. 241/1990 sul procedimento amministrativo, introducendo l’art. 6bis “Conflitto di interessi”, che prevede l’obbligo di astensione ed il dovere di segnalare ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, da parte del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali, nonché da parte del soggetto competente ad emanare il provvedimento finale.

Il quadro normativo è completato dalla previsione DPR 62/2013 che all’art. 7 introduce una tipizzazione delle ipotesi di conflitto di interesse. E’ sancito che il personale si astiene dal partecipare all’adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, di propri parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, 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, oppure di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il personale si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Tale “fattispecie”, declinata nel Codice di comportamento dell’Istituto che disciplina altresì le modalità di comunicazione di astensione anche per conflitti che coinvolgono tutto il personale, costituisce attuazione del principio generale dell’imparzialità nell’agire pubblico e, in quanto tale, trova applicazione anche nelle situazioni che coinvolgono tutto il personale. La previsione normativa esige azioni informative e formative continue nei confronti del personale sui comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi, sull’obbligo di astensione e sulle conseguenze della sua violazione.

L’attenzione riposta dal legislatore al conflitto di interessi si evince, altresì, dalla specifica previsione di legge di cui all’art. 42 D.Lgs. 50/2016 (c.d. codice dei contratti pubblici), che richiama la disciplina del conflitto di interessi nell’ambito delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni e nella fase di esecuzione dei contratti pubblici, al fine di evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. In particolare, le stazioni appaltanti devono prevedere misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione “nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni”. In concreto, “si ha conflitto di interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che,

anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione". In tali ipotesi il soggetto interessato deve darne comunicazione alla stazione appaltante e deve astenersi dal partecipare alla procedura. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al precedente periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico.

Le correlate attività di monitoraggio svolte dal RPCT sono riassunte nella tabella che segue.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Assunzione delle decisioni in ordine alla sussistenza del conflitto di interessi dichiarato dai dipendenti afferenti all'Area.	Tutti i dirigenti responsabili di struttura	Risultati: non è stato segnalato al RPCT, mediante la procedura del whistleblowing, nessun caso.
Acquisizione, all'atto dell'affidamento di incarichi dirigenziali, della dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni previste all'art. 7 del Codice di comportamento d'Istituto.	Direttore Area Gestione Risorse Umane	Risultati: sono state acquisite le relative dichiarazioni
ATTIVITÀ PROGRAMMATE per il triennio 2023 - 2025		
ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Proposta di adeguamento del codice di comportamento dell'IZSSI alle nuove linee guida emanazione dell'ANAC con Delibera n. 177/2020	Entro il mese di Giugno 2023	RPCT – UPD - Area G.R.U. – Area Affari Generali, Legali e Contenzioso

V) Disciplina delle attività e incarichi extraistituzionali

La valorizzazione del conflitto di interessi operata dalla legge n. 190/2012 ha imposto un intervento sulla disciplina relativa al regime delle autorizzazioni per il conferimento di incarichi extraistituzionali da parte di soggetti pubblici e/o privati ai dipendenti, nonché alla disciplina del cumulo di impieghi risultante dall'art. 53 D. Lgs. 165/2001. Come chiarito anche dal PNA 2013, da ritenersi ancora valido in tale ambito in quanto non superato dal PNA 2016, l'eventualità che l'amministrazione conferisca plurimi incarichi ad un dirigente o funzionario, determinando in tal modo una concentrazione di potere in capo ad un unico soggetto, potrebbe ingenerare il rischio di indirizzare verso fini privati o impropri l'attività tecnico-sanitaria e/o amministrativa. La disciplina attualmente vigente ha rafforzato l'attività di valutazione svolta dall'amministrazione che conferisce incarichi o che è chiamata ad autorizzare incarichi extraistituzionali, prevedendo una serie di obblighi

che possono essere riassunti nella emanazione di regolamenti interni volti a rendere oggettivi e specificare i criteri di conferimento e di autorizzazione degli incarichi nonché a individuare i profili di conflitto di interesse che precludono il conferimento e/o l’autorizzazione. Ciò al fine di evitare che eventuali incarichi autorizzati possano compromettere il buon andamento dell’azione amministrativa cui tutti i dipendenti pubblici sono tenuti.

Alle disposizioni relative agli incarichi retribuiti si affianca il nuovo regime relativo agli incarichi non retribuiti che, seppur non interessati dalla preventiva autorizzazione dell’amministrazione di appartenenza, devono essere comunicati con eventualità di diniego ove l’amministrazione, svolte le opportune valutazioni, ritenga l’incarico confliggente con la funzione pubblica svolta dal dipendente interessato.

La valutazione dell’eventuale situazione di conflitto di interessi è d’altra parte sottolineata laddove l’amministrazione conferente l’incarico debba rendere noto, mediante l’inserimento nelle proprie banche dati accessibili al pubblico, l’elenco dei consulenti indicando, tra l’altro, “(...) l’attestazione dell’avvenuta verifica di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.” (art. 53 c. 14 D.Lgs. 165/2001).

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA’	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Attività extraistituzionale non autorizzata	Direttore Area Gestione Risorse Umane	Sono stati effettuati controlli a campione senza riscontrare irregolarità
ATTIVITA’ PROGRAMMATE PER IL TRIENNIO 2023 - 2025		
ATTIVITA’	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Applicazione nei termini e modalità previsti dal “Regolamento per lo svolgimento delle attività e incarichi extraistituzionali compatibili con il rapporto di lavoro del personale dipendente dell’IZS Sicilia” - Adottato con deliberazione n. 133/2022 del 24/02/2022.	Per tutto il periodo di programmazione 2023-2025	Direttore Generale-Dirigente responsabile Area Gestione Risorse Umane relativamente all’applicazione del regolamento dalla data di adozione

VI) Inconferibilità ed incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice

Al fine di marginalizzare le ipotesi di conflitto di interessi che potrebbero investire i soggetti di vertice dell’apparato amministrativo è stato emanato il D.Lgs. 39/2013. La norma, che introduce una tipizzazione di situazioni di incompatibilità e inconferibilità tra incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice ed eventuali incarichi extraistituzionali, è finalizzata ad assicurare l’esercizio imparziale

delle funzioni pubbliche che potrebbe essere inficiato proprio dalla commistione di incarichi in potenziale conflitto di interessi.

L'accertamento delle ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità avviene mediante acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e pubblicata sul sito web istituzionale (art. 20 D.Lgs. 39/2013).

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
INCONFERIBILITÀ Acquisizione e pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” delle dichiarazioni ex art. 20 D. Lgs. 39/2013 con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo	Direttore Area Gestione Risorse Umane E Direttore Area Affari Generali Legali e Contenzioso	Risultati: le dichiarazioni in oggetto sono state acquisite e pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente.
Verifica della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione.	Direttore Area Gestione Risorse Umane E Direttore Area Affari Generali, Legali e Contenzioso	Modalità: acquisizione certificati del casellario giudiziale presso la Procura della Repubblica; Risultati: in corso di verifica tramite attivazione procedura certificazione massiva/CERPA
INCOMPATIBILITÀ Acquisizione e pubblicazione in “Amministrazione trasparente” delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità ex art. 20 D. Lgs. 39/2013 con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo all'atto del conferimento dell'incarico	Direttore Area Affari Generali, Legali e Contenzioso	Risultati: le dichiarazioni in oggetto sono state acquisite e pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente
Acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni annuali	Direttore Area Affari Generali, Legali e Contenzioso	Risultati: le dichiarazioni in oggetto sono state acquisite e pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente
Verifica della veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione acquisite.	Direttore Area Affari Generali Legali e Contenzioso	Risultati: acquisizione di n. 5 certificati del casellario giudiziale presso la Procura della Repubblica; Risultati: in corso di verifica tramite attivazione procedura certificazione massiva/CERPA
ATTIVITA' PROGRAMMATE PER IL TRIENNIO 2023 - 2025		

Poiché la misura deve essere attuata senza soluzione di continuità, essa è riprogrammata per il periodo di vigenza del presente PTPCT, a cadenza annuale per l'accertamento delle situazioni di incompatibilità e in occasione di eventuale conferimento di nuovi incarichi dirigenziali di vertice.

VII) Attività successive alla cessazione dal servizio (*pantouflage*)

La legge n. 190/12 ha introdotto all'art. 53 D.Lgs. 165/2001 il comma 16ter: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. Il PNA 2019, a titolo esemplificativo, ha individuato come soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Amministrazione Pubblica "*i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali [...], coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'Ente [...]. Si intendono ricompresi i soggetti che ricoprono incarichi amministrativi di vertice, quali quelli di [...] capo Dipartimento, o posizioni assimilate e/o equivalenti*". ANAC, inoltre, precisa che "*l'eventuale mancanza di poteri gestionali diretti non esclude che, proprio in virtù dei compiti di rilievo elevatissimo attribuiti a tali dirigenti, sia significativo il potere di incidere sull'assunzione di decisioni da parte della o delle strutture di riferimento*".

La violazione del divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n.165/2001 comporta la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati. Accanto alla sanzione civilistica, si aggiunge una sanzione interdittiva- restitutoria, implicante il divieto per il privato di contrarre, a qualunque titolo, con la pubblica amministrazione nei successivi tre anni, nonché l'obbligo di restituire tutti i compensi eventualmente percepiti. In merito alla verifica della violazione, si rammentano, da un lato, i poteri di vigilanza ed ispettivi (oltre che consultivi) assegnati ad ANAC, e, dall'altro, il dovere del RPCT, non appena venga a conoscenza della violazione da parte di un ex dipendente, di segnalare la violazione medesima ad ANAC, all'amministrazione presso cui il dipendente prestava servizio ed eventualmente anche all'ente presso cui è stato assunto. Nel presente Piano, si prevedono le seguenti misure:

introduzione nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) 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;

previsione, nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, che le imprese concorrenti dichiarino di non versare nella condizione di cui all'art.53, comma 16-ter, del d.lgs. n.165/2001;

esclusione dalle procedure di affidamento dei soggetti, per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;

previsione di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art.53, comma 16-ter, d.lgs. n.165/2001.

È importante, ai fini della corretta applicazione della disposizione normativa in commento, secondo quanto raccomandato nel PNA 2019, richiedere ai dipendenti, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, la sottoscrizione di un'apposita dichiarazione di impegno al rispetto il divieto di cui all'art.53 comma 16-ter, d.lgs. n.165/2001.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Attuazione degli adempimenti richiamati dalla normativa	Direttore Area Gestione Risorse Umane	Nel corso del 2022 si sono verificate cessazioni di personale rientranti nella fattispecie di cui all'art. 53 comma 16 ter del D. lgvo 165/2001 ed è stata acquisita una dichiarazione in merito.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE per il triennio 2023 - 2025		
ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Monitoraggio sul rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 53 comma 16 ter D.lgvo 165/2001	Annuale	RPCT – Direttore Area G.R.U.

VIII) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.

L'art. 35bis, inserito dalla legge n.190/2012 nell'ambito del D.Lgs. 165/2001, prevede che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la PA:

a) non possono essere nominati quali componenti o segretari delle commissioni valutative nelle procedure finalizzate alla selezione del personale, alla scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, alla concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché all'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;

b) non possono essere assegnatari di funzioni direttive (quali quelle di Direttore di struttura complessa e/o di dirigente di struttura semplice) di uffici a rischio ad es. gestione delle risorse finanziarie, acquisizione di beni, servizi e forniture, concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sull'insussistenza di sentenze penali di condanna dovrà essere effettuato dal Responsabile del procedimento prima della formazione della commissione nel caso a), e dal Direttore dell'Area Gestione Risorse Umane prima dell'assegnazione della struttura nel caso b):

- mediante acquisizione d'ufficio (ossia acquisizione dei certificati del casellario giudiziale e dei carichi pendenti);
- mediante acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini ed alle condizioni dell'art. 46 DPR 445/2000. In tal caso dovranno essere effettuati tempestivamente i controlli sulla veridicità dei relativi contenuti mediante consultazione successiva del casellario giudiziale e dei carichi pendenti (di tale attività dovrà essere tenuta traccia nel relativo fascicolo).

Qualora la causa ostativa sopraggiunga nel corso del rapporto, il RPCT effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o dalla funzione di componente della commissione.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive circa eventuali sentenze di condanna, anche non passate in giudicato, per delitti contro la P.A.	Direttore Area Gestione Risorse Umane E Direttore Area Affari Generali e Contenzioso	Modalità: è stato effettuato dall'Area Gestione Risorse Umane e dall'Area A.G.L.C. e non vi sono state contestazioni.
ATTIVITÀ PROGRAMMATE per il triennio 2023 - 2025		
ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive circa eventuali sentenze di condanna anche non passate in giudicato per delitti contro la PA	In occasione del verificarsi delle situazioni menzionate nell'art. 35 bis	Dirigente responsabile della struttura competente e/o del relativo procedimento
Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate	Tempestiva rispetto al momento dell'acquisizione della dichiarazione	Dirigente responsabile della struttura competente e/o del relativo procedimento

IX) Tutela del *whistleblower*

Al fine di far emergere situazioni di illeciti realizzatesi in ambito lavorativo, che per timore di ritorsioni i dipendenti potrebbero non segnalare o denunciare, la legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 54bis D.Lgs. 165/2001 come modificato dalla Legge 30/11/2017 n. 179, che tutela il dipendente che segnala illeciti, e in particolare la riservatezza della sua identità contro eventuali forme discriminatorie o di ritorsione cui potrebbe essere assoggettato.

Per rendere concretamente applicabile tale tutela, sono state fornite indicazioni operative alle amministrazioni dal PNA 2013, recepite dall'Istituto con delibera del Direttore Generale n.402 del

7/5/2015 con la quale è stata adottata la “Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità (*Whistleblowing policy*)” con la predisposizione di un sistema (email-lettera) per le segnalazioni.

L’Istituto ha recepito le indicazioni fornite dalla Determina A.N.AC. 6/2015, attraverso la succitata “procedura per la segnalazione di illeciti ed irregolarità” pubblicata nella sezione “Amministrazione trasparente”. Nel corso del 2019 si è attivato il software per l’acquisizione e la gestione informatica del Whistleblowing suggerito dall’A.N.A.C.

Le condotte illecite oggetto delle segnalazioni, indirizzate al RPCT e meritevoli di tutela, devono riguardare comportamenti di cui si sia venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro e comprendono non solo l’intera gamma dei delitti contro la PA, ma anche tutte quelle 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, nonché i fatti in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite (es. casi di sprechi, nepotismo, demansionamenti, ripetuto mancato rispetto dei tempi procedurali, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni, violazione delle norme ambientali e di sicurezza del lavoro ecc.).

La segnalazione deve riportare una descrizione circostanziata dell’illecito, che consenta di individuare fatti e situazioni e di relazionarli a contesti determinati, affinché possa essere verificata tempestivamente e facilmente, anche ai fini dell’eventuale avvio del procedimento disciplinare a carico del segnalato.

Le eventuali segnalazioni pervenute, unitamente ai dati in possesso degli organi che hanno competenza a ricevere segnalazioni e a definire situazioni di illeciti sotto l’aspetto disciplinare, potrà essere preso in considerazione per svolgere ogni ulteriore valutazione sulla opportunità di rafforzare misure già in atto o definirne delle nuove.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA’	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Non ci sono state segnalazioni nel corso del 2022		
ATTIVITÀ PROGRAMMATE per il triennio 2022 – 2024		
ATTIVITÀ	TEMPISTICA	SOGGETTO RESPONSABILE
Revisione periodica della procedura sulla base delle linee guida emanate dall’ANAC nel 2015.	2023	RPCT

X) Formazione

L’importanza della formazione nel contesto delle azioni di prevenzione della corruzione riveste un ruolo centrale, come risulta dalla lettura della legge n. 190/12. Una formazione adeguata favorisce infatti:

- determinazioni decisorie assunte con maggior cognizione di causa, in quanto una più ampia e approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in modo inconsapevole;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la diffusione di conoscenze omogenee tra i dipendenti, che consente di realizzare la rotazione del personale;
- l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- il confronto tra le diverse esperienze e prassi amministrative adottate nelle varie strutture dell'Istituto, attraverso la compresenza di personale "in formazione" proveniente da realtà professionali diversificate, al fine di rendere omogenee le modalità di svolgimento dei processi amministrativi;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

In tal modo le attività di formazione assumono ulteriore significato rispetto alle attività di formazione che devono essere previste ai fini di aggiornamento e perfezionamento professionale dei dipendenti, in quanto diventano strumento di miglioramento della percezione e della consapevolezza dei comportamenti assunti sul presupposto che azioni consapevoli siano in grado di marginalizzare comportamenti di *mala gestio* e fenomeni corruttivi.

Le attività di formazione cui è tenuto l'Istituto nell'ambito delle azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione si traducono nel "Piano per la formazione ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023 - 2025" – Allegato N. 2, che individua percorsi formativi strutturati su due livelli:

- livello generale rivolto a tutto il personale. Gli eventi sono organizzati tenendo presente la peculiarità dell'organizzazione dell'istituto e la compresenza di personale tecnico-sanitario ed amministrativo nonché di collaboratori a contratto. Gli incontri dovranno avere ad oggetto principalmente i temi dell'etica e della legalità, i contenuti del PTPCT e dei Codici di comportamento, possibilmente con un approccio pratico, basato sull'analisi di tipiche situazioni del contesto operativo dell'Istituto;

- livello specifico rivolto al personale afferente agli uffici a rischio, che affronta tematiche settoriali. Il RPCT, anche su indicazione dei dirigenti responsabili di strutture, individua il personale che, ai fini dell'attuazione della legge n. 190/2012, dovrà essere avviato a percorsi di formazione di livello specifico.

Il RPCT monitora e verifica il riscontro della formazione erogata in *house* attraverso la somministrazione di questionari ai partecipanti, al fine di acquisire e approfondire eventuali suggerimenti in sede di programmazione dei futuri percorsi formativi.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Organizzazione in presenza dell'incontro di formazione/informazione in tema di legalità e trasparenza rivolto a tutto il personale	RPCT	Nel corso del 2022 è stato organizzato - nell'ambito della giornata della trasparenza svoltasi in Istituto il 21/12/2022 - un incontro formativo/informativo, accreditato con n. 3 crediti ECM, tenuto dal direttore amministrativo, dai componenti dell'OIV, il RPCT, CUG, e consiglieria di fiducia, destinato ai dipendenti dell'IZS sui temi: PIAO; trasparenza; etica; doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta previsti dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici;

ATTIVITÀ FORMATIVE IN HOUSE per il triennio 2023 - 2025			
TIPOLOGIA	TITOLO	DESTINATARI	ORE DI FORMAZIONE
Si rinvia a quanto riportato nel "Piano per la formazione ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2023 - 2025" - Allegato N. 2. al presente PTPCT 2023 - 2025			

XI) Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Le azioni di sensibilizzazione sono volte a creare un dialogo con gli utenti dell'Istituto per realizzare un rapporto di fiducia e agevolare l'emersione di fenomeni corruttivi "silenti".

In tale ambito gioca un ruolo decisivo la struttura dell'Istituto deputata alla comunicazione, in quanto canale immediato per avere contezza di eventuali fatti di cronaca che abbiano un riflesso nella vita dell'Ente e per evidenziare, d'altro canto, casi da cui emergano azioni positive dell'Istituto.

Le attività di comunicazione esterna, quale canale per la trasmissione di iniziative volte alla partecipazione più ampia dei portatori di interesse, si muovono in coordinamento con le iniziative previste in tema di trasparenza. *Per ulteriori dettagli si rimanda alla sezione trasparenza del presente PTPCT.*

Ruolo fondamentale nel rapporto con la società civile ricopre l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Ente che favorisce la trasparenza amministrativa ed il confronto con gli utenti. L'URP cura i rapporti tra cittadino ed Istituto, aiuta ad orientarsi tra le competenze e i servizi offerti dalle varie strutture, indirizza gli utenti sulla base delle loro esigenze e richieste.

La casella di posta elettronica denominata urp@izssicilia.it o in alternativa urp@pec.izssicilia.it è disponibile per eventuali segnalazioni/comunicazioni/interazioni degli utenti con l'Istituto.

XII) Monitoraggio dei tempi procedurali

L'art. 1 c. 28 della legge n. 190/2012 prevede che le Pubbliche Amministrazioni debbano:

- effettuare il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali, ponendo in essere misure atte alla tempestiva eliminazione delle anomalie;

- pubblicare i risultati del monitoraggio sul sito web istituzionale.

Il riflesso che il rispetto dei termini di conclusione ha nella politica delle azioni di prevenzione della corruzione è testimoniato dalle modifiche che la legge n.190/2012 ha apportato alla legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo.

Il rispetto dei tempi procedurali è infatti sintomo di “buona amministrazione”, ed al contempo il monitoraggio della tempistica è utile strumento per valutare eventuali comportamenti che potrebbero ricondurre a ipotesi di “corruzione”, in caso di omessa o ritardata emanazione del provvedimento finale.

Nella tabella che segue sono riportate le attività svolte dal RPCT ai fini del controllo annuale del rispetto dei termini procedurali.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Vigilanza sul rispetto dei tempi relativi ai procedimenti amministrativi di competenza	Tutti i direttori di Area amministrativa	Modalità: report compilato dai Direttori di Area riportante l'elenco dei procedimenti di competenza con indicazione del numero dei procedimenti avviati, rispetto dei termini procedurali e in caso negativo, le motivazioni, i tempi del ritardo e l'eventuale esercizio del potere sostitutivo. I procedimenti avviati risultano in massima parte conclusi nei tempi previsti.

Attività programmate per il triennio 2023-2025: l'attività di monitoraggio sarà realizzata con le modalità già adottate.

XIII) Monitoraggio rapporti amministrazione/soggetti esterni

La L. 190/2012 impone a ciascuna amministrazione di definire le modalità di monitoraggio dei rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati in procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione [art. 1, c. 9, lett e) così come modificato dal D.Lgs. 97/2016].

A tale riguardo si rappresenta che il monitoraggio è svolto dal RPCT annualmente mediante l'acquisizione di appositi report redatti dai Capi Area.

CONSUNTIVO 2022		
ATTIVITA'	SOGGETTO RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive rese dai soggetti esterni all'Istituto	Direttori strutture competenti	Modalità: dalle rilevazioni effettuate risultano acquisite le dichiarazioni sostitutive nella quasi totalità delle procedure.

ATTIVITÀ PROGRAMMATE PER IL TRIENNIO 2023 - 2025
L'attività di monitoraggio sarà realizzata con le modalità già adottate. In caso emergano situazioni di criticità il RPCT provvederà ad analizzare il caso e saranno di conseguenza programmate azioni ulteriori o diverse modalità di monitoraggio.

XIV) Protocolli di legalità e patti di integrità

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto.

La L. 190/2012 prevede che le stazioni appaltanti possano prevedere nei bandi di gara o nelle lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei patti o nei protocolli di legalità siano causa di esclusione della gara.

ATTIVITÀ PROGRAMMATE PER IL TRIENNIO 2023 - 2025
Adozione di un protocollo di legalità che fa riferimento allo “schema tipo di patto d'integrità “della Regione Sicilia previa proposta da parte dell'Area Approvvigionamenti E.G.P.

XV) ULTERIORI ATTIVITÀ

Le azioni di controllo, vigilanza e impulso svolte dal RPCT si estendono ad altre attività da cui desumere indici/indicatori del buon andamento dell'azione amministrativa.

a) Monitoraggio sull'informatizzazione dei processi

Nella prospettiva di realizzare più compiutamente il processo di digitalizzazione delle procedure e dei processi perseguendo il fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità dell'azione amministrativa, l'Istituto ha proceduto già da alcuni anni a informatizzare alcuni processi o fasi di processi, tra cui:

- le procedure per l'accettazione e refertazione dei campioni da esaminare in laboratorio;
- la gestione delle attività di rilevazione delle presenze del personale;

- la gestione delle attività di formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione e conservazione dei documenti, nonché la gestione dei flussi documentali dell’Istituto nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza degli atti amministrativi, di tutela della privacy e delle politiche di sicurezza. Con deliberazione n. 474 del 18 giugno 2018 è stato nominato il Responsabile della Protezione dei Dati ai sensi del Regolamento UE/2016/679

L’informatizzazione dei processi e delle singole procedure o attività è d’altra parte considerato un obiettivo strategico per la prevenzione della corruzione. Tale obiettivo si pone pertanto in continuità con le azioni già poste in essere, che sono rafforzate guardando anche alla finalità della prevenzione della corruzione laddove si pensi che le probabilità del verificarsi di fenomeni corruttivi in presenza di procedure automatizzate che marginalizzano l’intervento umano nella gestione delle attività, si riduce inevitabilmente.

La previsione per l’immediato futuro deve essere quella di implementare nel corrente 2023 la realizzazione di un sistema informativo “integrato” che permette una gestione unificata delle informazioni ed una impostazione globale dei processi in un’ottica di sistema, con un’architettura tecnologica ed applicativa in grado di facilitare l’interscambio delle informazioni e l’interoperabilità delle applicazioni già attive. Esso consente l’integrazione dei processi e delle relative attività riferite alla gestione amministrativo-contabile, delle risorse umane, della ricerca. Grazie a tale integrazione il sistema diventerebbe strategico al fine di supportare anche i processi decisionali a beneficio di un potenziamento della valutazione, dell’analisi delle attività strategiche e della ottimizzazione della pianificazione e del monitoraggio dell’allocazione delle risorse umane, finanziarie e logistiche.

Le azioni volte a una diffusa informatizzazione dei processi dovrebbero essere estese alla gestione virtualizzata delle procedure concorsuali per la partecipazione alle selezioni per il reclutamento del personale tecnico-sanitario, amministrativo, per partecipare alle gare per l’affidamento di lavori, servizi e forniture.

Nelle tabelle che seguono sono riportati le azioni programmate per il periodo di vigenza del presente PTPCT.

CONTROLLI SULLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO		
ATTIVITA’	SOGGETTO RESPONSABILE	TEMPISTICA
Adozione della proposta di regolamento in materia di controlli sulle dichiarazioni sostitutive di atto notorio già predisposta nel 2019 dal responsabile dell’URP	Direttore Generale e dopo l’adozione i responsabili dei procedimenti amministrativi	2023

INFORMATIZZAZIONE PROCEDURE SELETTIVE		
ATTIVITA’	SOGGETTO RESPONSABILE	TEMPISTICA

Attivazione di una procedura on line per le selezioni di reclutamento di personale	U.O. Sistema Informativo e Statistico - Direttori Area Gestione Risorse Umane; Area Affari Generale Legali e Contenzioso	Anno 2023
--	--	-----------

b) Monitoraggio dei procedimenti disciplinari e dei contenziosi

Di norma, al fine di individuare i casi di illeciti maggiormente ricorrenti accertati in sede disciplinare e conseguentemente svolgere una valutazione sulle misure e gli strumenti più adeguati per far fronte a situazioni che, arrivate alla fase "patologica" hanno rivelato maggiori criticità, si acquisiscono tutti i dati utili, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, ed in particolare:

- i motivi della contestazione, al fine di individuare in dettaglio la natura della violazione denunciata (violazione dei codici di comportamento, atti configurabili come penalmente rilevanti);
- in caso di fatti penalmente rilevanti, se questi siano stati legati a fenomeni corruttivi ed in quale area di rischio si sono collocati;
- i provvedimenti adottati a conclusione del procedimento disciplinare (archiviazione o irrogazione di sanzione ed in tale ipotesi la tipologia di sanzione irrogata).

Si precisa che nel corso del 2022 non sono stati presi provvedimenti disciplinari, come rappresentato nella tabella che segue relativa al periodo 1 gennaio 2022 – 31 dicembre 2022:

FATTO CONTESTATO	ESITO PROCEDIMENTO DISCIPLINARE – SANZIONE IRROGATA
N. 0 procedimenti disciplinari	<u>Nel corso dell'anno 2022 non sono stati presi provvedimenti disciplinari</u>

Parallelamente all'attività di monitoraggio dei procedimenti disciplinari, il RPCT svolge, a cadenza annuale, una complessiva attività di controllo sulla natura dei contenziosi in cui l'Istituto sia parte attrice/ricorrente ovvero parte convenuta/resistente, al fine di avere un ulteriore elemento di valutazione per la definizione delle azioni di prevenzione della corruzione.

Dalla suddetta attività svolta, in riferimento ai contenziosi definiti prima del 2022, è stato rilevato che il maggior numero di contenzioso verte in tema di contenzioso amministrativo, civile e sul lavoro. Non risultano, pertanto, casi specifici ascrivibili a fenomeni di corruzione. L'attività di controllo sarà ripetuta anche per il triennio di vigenza del presente PTPCT.

SEZIONE – TRASPARENZA

La presente Sezione, come già anticipato nel paragrafo (“Misure di prevenzione previste dalla legge”) descrive gli obiettivi 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.

Come indicato dall’A.N.AC. nel PNA 2016 la trasparenza, oggetto di varie modifiche operate dal D.Lgs. 97/2016, riveste 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.

In ragione delle modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016, la trasparenza è da intendersi come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni. Al riguardo, l’Istituto è impegnato nel garantire e promuovere, secondo criteri di facile accessibilità, la diffusione dei dati, dei documenti e delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività dell’amministrazione, 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, come da art. 1, comma 1, D.Lgs. 33/2013.

La trasparenza concorre, infatti, ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell’utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. La trasparenza integra, altresì, il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di un’amministrazione aperta, al servizio del cittadino (art. 1, comma 2, D.Lgs. 33/2013).

9) OBIETTIVI STRATEGICI DELL’ISTITUTO IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e accesso civico

Il d.lgs. n.33/2013 stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione. Dare completa attuazione alla trasparenza garantisce, infatti, un adeguato livello sia di informazione che di legalità, tesa allo sviluppo della cultura dell’integrità.

L’Istituto, in conformità con quanto previsto dall’art. 10, co. 3, d.lgs. n.33/2013 individua gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e accesso civico nell’ambito della promozione di livelli sempre maggiori di trasparenza.

In particolare l’Istituto individua quali obiettivi strategici:

Attuazione del coordinamento delle azioni in materia di trasparenza e accesso civico con la disciplina sulla tutela della riservatezza introdotta dal regolamento UE 2016/679;

Prosecuzione, al fine di favorire l’accessibilità alle informazioni, delle attività dirette a garantire l’esercizio del diritto di accesso declinato nelle diverse tipologie (civico semplice, civico generalizzato, documentale);

Implementazione delle attività di informatizzazione delle pubblicazioni in “Amministrazione trasparente” al fine di semplificare gli adempimenti, consentire una maggiore accessibilità e fruibilità delle informazioni anche attraverso modalità informatizzate di rimozione dei dati, documenti e informazioni al termine della durata dell’obbligo di pubblicazione ex articolo 8 del d.lgs. n.33/2013;

Razionalizzazione e perfezionamento delle attività di controllo e monitoraggio degli obblighi di

pubblicazione.

Tali obiettivi strategici saranno tradotti in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

L'accesso – declinato come diritto di accesso documentale ai sensi dell'art. 22 della l. n.241/1990, come accesso civico semplice ex art. 5 co. 1 d.lgs. n.33/2013 e come accesso civico generalizzato ex art. 5 co. 2 d.lgs. n.33/2013 – costituisce principio generale dell'attività amministrativa, diretta declinazione dei principi costituzionali di cui all'art. 97 di buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione.

In particolare, l'accesso civico si affianca, senza sovrapporsi, alle altre forme esistenti consentendo l'accesso alla generalità degli atti e delle informazioni, senza onere di motivazione, a tutti i cittadini singoli ed associati, proponendosi come strumento di coinvolgimento dei cittadini nella cura della "cosa pubblica", oltretutto di contrasto della corruzione e di garanzia dell'imparzialità e del buon andamento dell'amministrazione.

Il concetto di accessibilità totale di dati e informazioni relativi all'azione amministrativa si lega inoltre oggi con il concetto di *accountability*, inteso come obbligo di ogni pubblica amministrazione di dare conto del proprio operato.

L'Istituto ritiene sia di fondamentale importanza perseguire **l'obiettivo di semplificare le modalità di esercizio del diritto di accesso** da parte dei cittadini, rimuovendo ogni forma di ostacolo al pieno esercizio del menzionato diritto e garantendo al contempo semplicità nelle procedure amministrative e negli oneri connessi.

L'esigenza di semplificare l'accesso dei cittadini e la conseguente gestione amministrativa delle richieste, è stata accolta dalla Circolare n. 1/2019 "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)" del Ministro per la Pubblica Amministrazione, con la quale le Amministrazioni sono state invitate a valorizzare gli strumenti tecnologici funzionali ad una migliore attuazione del FOIA.

L'Istituto tramite l'URP – a partire dalle raccomandazioni contenute nella Circolare FOIA n. 2/2017 - ha reso disponibili sul proprio sito web moduli on line attraverso i quali il cittadino è agevolato sia nell'esercizio in senso stretto del diritto di accesso civico semplice e generalizzato sia nella tutela e difesa dei propri interessi privati alla protezione dei dati personali, alla libertà e segretezza della corrispondenza e/o dei propri interessi economici commerciali ai sensi dell'art. 5-bis co. 2 del d.lgs. n.33/2013 – e quindi nella redazione dell'opposizione all'accesso e/o nell'istanza di riesame ai sensi dell'art.5 co.8, del d.lgs. n.33/2013.

I moduli in esame – suddivisi a seconda della tipologia di accesso civico esercitato - riportano tutte le indicazioni prescritte dalla normativa vigente ed agevolano il cittadino nell'individuazione e conseguente attivazione della tutela di volta in volta più opportuna a seconda delle circostanze e dell'interesse coinvolto. I moduli sono messi a disposizione nella sezione "URP" del sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Oltre alla descritta esigenza di semplificazione, alla luce delle rilevanti novità intervenute in materia di protezione dei dati personali, l'Istituto ha dedicato particolare attenzione al processo di adeguamento interno alle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 – di seguito "GDPR" - e delle conseguenti modifiche apportate dal d.lgs. n. 101/2018 (entrato in vigore il 19.09.2018) al d.lgs. n.196/2003.

Tale adeguamento è avvenuto in prima istanza con la nomina del RPD – responsabile della protezione dei dati personali - dell'Istituto (ovvero DPO) avvenuta con delibera del Commissario n. 231 del 14.05.2018.

In considerazione degli obblighi gravanti sul titolare del trattamento e nella specie l'adozione di idonee e adeguate misure tecnico-organizzative ai sensi degli artt. 24 e ss. del GDPR, l'Istituto presterà particolare attenzione, nell'ambito dei procedimenti in materia di accesso, all'eventuale gestione di "dati particolari" ai sensi dell'art. 9 GDPR, nuova categoria che comprende oltre ai dati che rivelano l'originale razziale e etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, i dati relativi alla salute, alla vita sessuale o all'orientamento sessuale, *"anche i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica"*.

Il trattamento dei predetti dati viene espressamente vietato dall'art. 9 GDPR, salvo che nelle ipotesi contemplate al co. 2, fra le quali si ricorda a titolo meramente esemplificativo il consenso dell'interessato o la necessità del trattamento per motivi di interesse pubblico rilevante.

Altrettanta cautela verrà riservata da parte dell'Istituto al trattamento dei dati personali eventualmente coinvolti relativi a condanne penali e reati, nel rispetto dei requisiti di cui all'art. 10 del GDPR.

Nell'evasione delle istanze di accesso l'Istituto si impegna a privilegiare le modalità **meno pregiudizievoli** per i diritti dell'interessato, optando per l'ostensione di documenti *con l'omissione dei "dati personali"* in esso presenti, laddove l'esigenza informativa alla base dell'istanza di accesso possa essere ugualmente soddisfatta.

Nel rispetto del divieto di diffusione di dati idonei a rivelare lo stato di salute (cfr. art. 22, comma 8, d. lgs. n. 196/2003; oggi abrogato ma i cui contenuti sono stati riportati nel nuovo art. 2-septies, comma 8, del medesimo decreto) rimane ferma in ogni caso l'esclusione all'accesso connessa.

10) OBIETTIVI PRIORITARI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Nel quadro degli obiettivi strategici, l'Istituto, ai fini dell'attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza, pone come obiettivi prioritari:

- L'attuazione degli obblighi di pubblicazione dettati dalla normativa, attraverso il completamento della sezione "Amministrazione Trasparente" con conseguente ampliamento dei dati pubblicati in: "Dati, informazioni e documenti ulteriori";
- L'elaborazione ed adozione della presente Sezione;
- La definizione e l'adozione di misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi dei dati, delle informazioni e dei documenti da pubblicare;
- L'individuazione delle specifiche responsabilità dei soggetti tenuti alla pubblicazione.

Gli adempimenti in materia di trasparenza sono, infine, formulati in relazione con gli obiettivi strategici, istituzionali e operativi individuati negli atti di programmazione dell'istituto.

11) IL SITO "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

Nel quadro appena esposto, l'impegno dell'Istituto nel completamento della sezione "Amministrazione Trasparente" vede come obiettivi complementari:

- la massima accessibilità ai dati, alle informazioni e ai documenti;
- il monitoraggio sulla qualità dei dati da parte di tutte le strutture e dei soggetti che operano al suo interno;
- l’ampliamento dei dati da pubblicare;
- l’adozione delle misure per rendere pienamente operativo ed esercitabile l’accesso civico.

La sezione “Amministrazione Trasparente” è il principale e più immediato strumento per l’accessibilità alle informazioni della P.A. ed è collocata, come da art. 9 D.Lgs. 33/2013 nella “home page” del sito internet d’Istituto, nelle cui sottosezioni sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti da pubblicare ai sensi della normativa vigente. La struttura “Amministrazione Trasparente” è rinvenibile all’URL <https://amministrazione-trasparente.izssicilia.it/> ed è articolata conformemente alle indicazioni dell’Allegato tecnico del D.Lgs. 33/2013 e della Delibera ANAC 50/2013.

Il processo di alimentazione e aggiornamento dei dati nella sezione suindicata è schematicamente riportato nella Tabella Sinottica di cui in “allegato A”, articolata secondo le seguenti informazioni:

- la denominazione delle macrofamiglie dei dati;
- le tipologie di dati;
- il riferimento normativo;
- la denominazione del singolo obbligo;
- il contenuto dell’obbligo;
- le modalità di aggiornamento dei dati;
- i soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati;
- la scadenza per l’aggiornamento del dato (laddove previsto).

12) DATI INFORMATICI E DOCUMENTI ULTERIORI

In organicità con le risultanze emerse dalla mappatura delle aree a rischio di eventi corruttivi effettuata in occasione della predisposizione del PTPCT, sono individuate alcune tipologie di dati di cui si è ritenuto necessario incrementare il livello di trasparenza mediante la loro pubblicazione on line.

L’individuazione dei dati ulteriori avviene in concerto tra il RPCT con i singoli direttori delle strutture complesse e dirigenti di struttura semplice autonoma competenti per materia. L’obbligo di pubblicazione è adempiuto dagli stessi con le modalità descritte nei paragrafi precedenti per la pubblicazione dei dati obbligatori.

13) I RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE, DELLA PUBBLICAZIONE E DELL’AGGIORNAMENTO DEI DATI

A norma dell'art. art. 43 c.3 D.Lgs. 33/2013, *“I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”*.

Pertanto ai fini della pubblicazione dei dati, informazioni e documenti di loro pertinenza, essi(i responsabili), ai sensi degli artt. 6, 7, 7bis, 8, 9 e 9 bis del suddetto decreto legislativo devono:

- osservare ogni prescrizione riguardante la pubblicazione obbligatoria dei dati, informazioni e documenti, nel rispetto di ogni disposizione di cui al D.Lgs. 33/2013;
 - elaborare i dati, informazioni e documenti di competenza curandone la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione. Devono dare, inoltre, indicazione della loro provenienza, garantendone la riutilizzabilità e utilizzando per la pubblicazione la tipologia di formato aperto (es: .rtf, per i documenti di testo e .csv per i fogli di calcolo) in conformità al Documento tecnico sui criteri di qualità della pubblicazione di dati di cui all' Allegato 2 della delibera ANAC (ex CIVIT) n.50/2013, nonché nelle *"Linee Guida per i siti web della PA"*;
 - adempire agli obblighi di pubblicazione come riportato nell' *"allegato A"*, garantendo la tempestiva e regolare pubblicazione delle informazioni di cui sono direttamente responsabili, ai fini del rispetto dei termini di legge;
 - garantire il flusso dei dati e delle informazioni non di loro diretta pubblicazione attraverso la trasmissione degli stessi al RPCT, mediante invio alla casella di posta elettronica istituzionale: *responsabileprevenzionecorruzione@izssicilia.it*
 - controllare e aggiornare i dati, le informazioni e i documenti non più attuali e comunicarli al RPCT mediante invio alla casella di posta elettronica istituzionale: *responsabileprevenzionecorruzione@izssicilia.it*;
 - provvedere all'aggiornamento periodico dei dati e delle informazioni secondo la tempistica indicata nell'allegato A della presente Sezione e, in ogni caso, ogni qualvolta vi siano da apportare modifiche significative dei dati o si debba provvedere alla pubblicazione di documenti urgenti;
 - indicare chiaramente la data di pubblicazione, ovvero, dell'ultima revisione, la tipologia dei dati, il periodo temporale di riferimento e l'ufficio al quale si riferiscono;
 - nel caso in cui i dati e le informazioni siano archiviati in una banca dati assicurare sia il popolamento della banca dati che l'invio degli stessi dati e informazioni al RPCT;
- contribuire ad attuare gli adempimenti in materia di Trasparenza previsti nella programmazione organizzativa ed individuale di cui negli atti strategici dell'Istituto.

Il RPCT, i dirigenti cui afferisce la materia e/o l'argomento che necessita di pubblicazione, sono altresì direttamente responsabili per il trattamento dei dati personali, nell'ambito delle materie di propria competenza. Ai sensi dell'art. 45, c. 4 D.Lgs. 33/2013, il mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione di cui al comma 1 dello stesso articolo costituisce illecito disciplinare ed inoltre l'applicazione delle sanzioni di cui agli artt. 46 e 47 dello stesso decreto.

Tenuto conto delle indicazioni previste nel D.Lgs. 33/2013 e dei successivi interventi operati dall'A.N.AC. nonché dell'attuale assetto organizzativo dell'Istituto, non sono stati nominati ulteriori

referenti per lo svolgimento delle attività in tema di trasparenza, pertanto affidate esclusivamente ai dirigenti competenti. Questi ultimi operano in continuo dialogo con il RPCT.

14) MISURE ORGANIZZATIVE PER LA REGOLARITÀ E TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI

La pubblicazione, l'aggiornamento e/o la trasmissione dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria che costituiscono il contenuto delle sottosezioni del sito "Amministrazione Trasparente" avviene per una parte a cura dell'Ufficio di supporto del RPCT per tutti gli adempimenti in materia di trasparenza, e, per un'altra parte, sotto la diretta responsabilità del dirigente cui afferisce la materia e/o l'argomento la cui pubblicazione è obbligatoria.

Sia in caso di pubblicazione a cura direttamente del dirigente competente ovvero di trasmissione all'Ufficio di supporto del RPCT, questi è tenuto a monitorare l'avvenuta corretta pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale da parte del competente Ufficio.

Per la ripartizione delle responsabilità connesse alla pubblicazione, l'aggiornamento e/o la trasmissione dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria che costituiscono il contenuto delle sottosezioni del sito "Amministrazione Trasparente", si rinvia all'apposito "*Allegato A - Link*".

15) MISURE DI MONITORAGGIO E VIGILANZA

Il sito "Amministrazione Trasparente" è monitorato dall'Ufficio di supporto del RPCT in materia di trasparenza.

Il RPCT, l'Ufficio di supporto allo stesso in materia di trasparenza, nonché i dirigenti competenti per la pubblicazione e trasmissione dei dati, delle informazioni e dei documenti, interagiscono continuamente per garantire il loro regolare aggiornamento.

A maggior precisazione di quanto già anticipato le funzioni del RPCT sono in particolare le seguenti:

- elaborare e aggiornare annualmente gli adempimenti in materia di trasparenza, nell'ambito della programmazione triennale del PTPCT;
- controllare l'adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Consiglio di amministrazione, al Direttore Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, all'A.N.AC. e, nei casi più gravi, al competente ufficio per i procedimenti disciplinari, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 43, comma 1 e 5, D.Lgs. 33/2013);
- ricevere le eventuali istanze di accesso civico aventi ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5, comma 3 lett.d, D.Lgs. 33/2013);

- controllare e verificare la regolare attuazione dell'accesso civico, secondo le modalità che sono espone nel §16;
- decidere con provvedimento motivato in merito alle richieste di riesame delle istanze di accesso civico (art. 5, comma 7, D.Lgs. 33/2013), di cui nel successivo § 16.

Considerato che la presente Sezione è parte del PTPCT e che la trasparenza rientra tra le misure di prevenzione previste da quest'ultimo, il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione degli obblighi di cui al D.Lgs. 33/2013 acquistano una valenza più ampia e sono garantiti dal seguente sistema:

- il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza e integrità viene svolto dal RPCT avvalendosi dell'Ufficio di supporto;
- il monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione è predisposto annualmente dal RPCT tramite la Relazione Annuale di cui all'art. 1, comma 14, L. 190/2012;
- le attività di audit (ricognizione e controllo) sui processi di sviluppo e attuazione degli adempimenti in materia di Trasparenza sono svolte anche dall'OIV durante l'arco dell'anno che rileva, anche in ottemperanza alle indicazioni dell'A.N.AC., il puntuale adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Particolare attenzione è da porre sul ruolo dell'OIV, che in seguito al monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità, predispone una Relazione annuale sullo stato dell'attuazione del medesimo e attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

Le relazioni ed attestazioni dell'OIV sono rinvenibili nella sottosezione "Sistemi di Misurazione e Valutazione della Performance" del sito Amministrazione Trasparente.

16) ACCESSO CIVICO

Con la riforma dell'art. 5 e l'introduzione del nuovo art. 5bis nel D.Lgs. 33/2013, il legislatore con l'emanazione del recente D.Lgs. 97/2016 ha innovato profondamente l'istituto dell'accesso civico, estendendo l'ambito di operatività della trasparenza amministrativa attraverso una forma più ampia di accesso ai dati, informazioni e documenti.

Le novità normative, volte ad introdurre in Italia i principi del c.d. FOIA, già applicati nei Paesi anglosassoni e nel Nord Europa, operano un profondo cambiamento delle modalità operative dell'accesso civico, mettendo la trasparenza dell'operato di ogni Pubblica Amministrazione al centro della propria attività.

17) COORDINAMENTO CON ALTRI DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE DELL'ISTITUTO

Il PTPCT si pone necessariamente in relazione con altri documenti di natura programmatica contenuti nel PIAO, nel rispetto di un quadro normativo sempre più ricco e volto a migliorare la qualità ed i servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni, al fine di creare valore pubblico.

L'integrazione con il processo di programmazione e gestione è segnalata anche dall'A.N.AC. nell'Aggiornamento del 2015 al PNA. La strategia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, tradotta in azioni concrete nel PTPCT, deve trovare necessaria coerenza con gli obiettivi

organizzativi individuati nell’ambito del Piano della Performance. Le misure di prevenzione, elaborate a seguito dell’attività di *risk management* infatti devono tradursi in obiettivi la cui realizzazione, oltre che rilevare sul piano per la prevenzione della corruzione, rileva anche come uno degli elementi di valutazione della *performance* individuale del dirigente, nonché in termini di *performance* organizzativa e dunque inseriti nella fase della programmazione del ciclo della *performance*.

Necessario corollario del coordinamento tra PTPCT e le altre attività di programmazione è un efficace sistema di monitoraggio supportato dall’informatica e da controlli interni. A tal proposito merita, in questa sede, particolare attenzione il ruolo sempre più pregnante rivestito dall’OIV, 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 alla trasparenza.*” (art. 1 c. 8bis L. 190/2012).

18) PIANO E RELAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il coordinamento dei testi di programmazione porta a declinare, come sopra accennato, le azioni finalizzate a ridurre i rischi di corruzione in termini di obiettivi di *performance*. In tal modo la programmazione prevista nelle schede del PTPCT (“*Allegati n. 1.1 -1.2 -1.3 -1.4*”) confluisce nel cd. ciclo della *performance*.

L’attuazione del PTPCT è richiamata in forma di obiettivi intesi come:

- *performance individuale* dei dirigenti chiamati ad adottare/attuare le misure di prevenzione programmate in sede di aggiornamento del PTPCT, nel rispetto delle tempistiche previste ed in base agli indicatori appositamente individuati;
- *performance organizzativa*, intesa come realizzazione delle misure da parte delle strutture organizzative di cui il dirigente ha la responsabilità.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi si darà specificamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell’art. 10 D.Lgs. 150/2009, evidenzia con riferimento all'anno precedente, i risultati individuali ed organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

I risultati riportati nella Relazione della *performance* e riferiti agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione sono pertanto considerati dal RPCT che, a seguito di un’attività di analisi sulle motivazioni di eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi, in sede di aggiornamento del PTPCT procederà a individuare eventuali misure correttive, a riprogrammare le azioni non realizzate ed a assumere le conseguenti determinazioni in sede di attribuzione dei risultati in termini di *performance*.

19) ADEMPIMENTI PER GLI ANNI 2023 – 2025

TERMINI DI ATTUAZIONE	AZIONE PREVISTE	SOGGETTO COMPETENTE
Entro il 31 gennaio di ogni anno	Predisposizione da parte del	Responsabile della Prevenzione e della Corruzione e Trasparenza

	RPCT della relazione annuale sull'esito dell'attività svolta	
Entro il 31 gennaio 2023	Proposta per l'approvazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, nell'ambito del PIAO, da parte del Consiglio d'Amministrazione. Pubblicazione del PTPCT/PIAO	Responsabile della Prevenzione e della Corruzione e Trasparenza/PIAO
Entro il mese di maggio di ogni anno	Avvio delle attività di formazione rivolta ai dipendenti più esposti al rischio corruzione	Responsabili di strutture sanitarie, di strutture amministrative – U.O. Sistema Qualità e aggiornamento del Personale
Entro il 30 giugno di ogni anno	Definizione e implementazione di un sistema di reportistica che consenta al RPCT il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure e definizione delle modalità operative degli audit interni	RPCT con la collaborazione dei Referenti Anticorruzione
Entro il 31 ottobre 2023	Attuazione di almeno 1 intervento di audit interno previsto nel Piano per la verifica dei controlli posti a prevenzione del rischio corruttivo	RPCT, Responsabili delle strutture sanitarie ed amministrative interessate
Entro il 30 novembre di ogni anno	Presentazione al RPCT da parte dei direttori di struttura complesse e strutture semplici autonome di una relazione dettagliata riguardante: - l'analisi delle azioni e l'eventuale revisione delle procedure riferite a ciascun anno; - le attività poste in essere per l'attuazione delle regole di legalità e integrità del Piano; - report contenente i dati indicati nel PTPCT; -Qualsiasi anomalia accertata.	Responsabili di strutture sanitarie e Responsabili di strutture amministrative
Entro il 31 dicembre di ogni anno	Organizzazione della Giornata della Trasparenza	Direzione Generale – U.O. Sistema Qualità Formazione Permanente e Aggiornamento del Personale
Entro il 31 dicembre 2023	Revisione della mappatura dei processi	RPCT e Dirigenti Responsabili delle strutture complesse e semplici autonome
Entro il 31 dicembre 2023	Attuazione delle attività formative	Unità Operativa Sistema Qualità – Formazione Permanente ed Aggiornamento del Personale

SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione Struttura organizzativa

Ai sensi dell'articolo 2 del Decreto Presidenziale 24 marzo 2022, n. 10 recante il Regolamento di attuazione dell'articolo 3, comma 1, della legge regionale 11 agosto 2020, n. 17 l'Istituto è organizzato su base dipartimentale.

Il Dipartimento è il centro di coordinamento funzionale delle diverse Aree organizzative e razionalizza l'uso delle risorse disponibili presso le Aree.

Le Aree sono strutture complesse e rappresentano le specifiche articolazioni dei Dipartimenti.

I laboratori, gli uffici ed i servizi sono strutture semplici e costituiscono l'articolazione funzionale attraverso cui viene svolta l'attività.

L'organizzazione dell'Istituto presenta dunque un'articolazione strutturale con la previsione di un modello organizzativo dipartimentale basato su Aree, al fine di potere aderire in maniera ottimale sotto l'aspetto costo-beneficio, alle diverse esigenze-emergenze che possono verificarsi nel tempo nell'ambito della Sanità Pubblica Veterinaria.

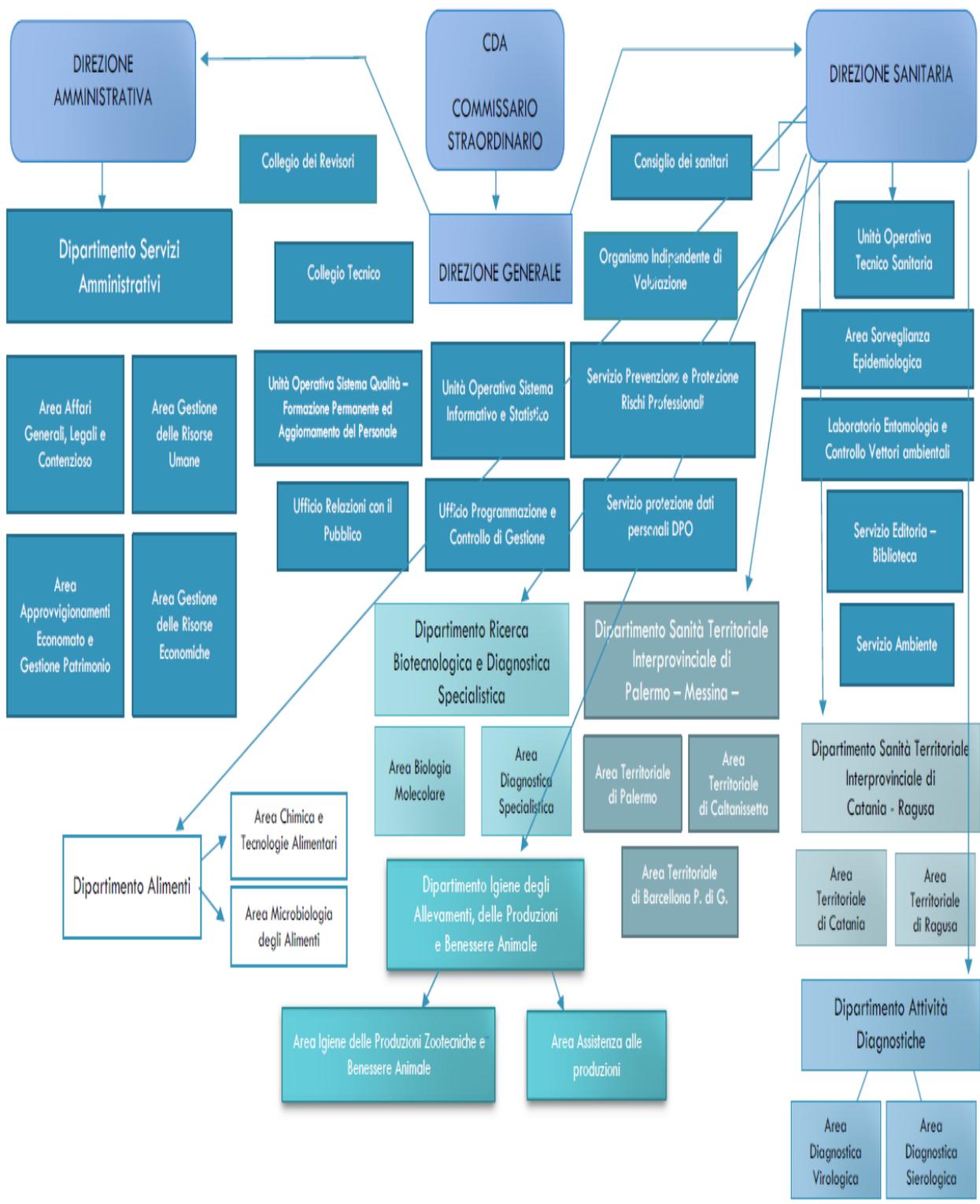
I Dipartimenti e le Aree ad essi afferenti sono:

- **Dipartimento Servizi Amministrativi:** Area Affari Generali Legali e Contenzioso, Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Risorse Economiche, Area Approvvigionamenti, Economato e Gestione Patrimonio);
- **Dipartimento Sanità Territoriale Interprovinciale Palermo-Caltanissetta-Messina:** Area Palermo, Area Caltanissetta, Area Barcellona Pozzo di Gotto (ME), Centro di Referenza Nazionale per Anaplasma Babesia Rickettsia e Theileria (C.R.A.Ba. R.T.), il Laboratorio di Riferimento O.I.E. per la Babesiosi e il Laboratorio di Riferimento O.I.E. per la Theileriosi;
- **Dipartimento Sanità Territoriale Interprovinciale Catania-Ragusa:** Area Catania, Area Ragusa;
- **Dipartimento Alimenti:** Area Chimica e Tecnologie Alimentari, Area Microbiologia degli Alimenti, Centro di Referenza Nazionale per l'Anisakiasi (C.Re.N.A.);
- **Dipartimento Attività Diagnostiche:** Area Diagnostica Virologica, Area Diagnostica Sierologica, Centro di Referenza Nazionale per la Toxoplasmosi (Ce.Tox.);
- **Dipartimento Ricerca Biotecnologica e Diagnostica Specialistica:** Area Biologia Molecolare, Centro di Referenza Nazionale per le Leishmaniosi (C.Re.Na.L.), il Laboratorio di Riferimento O.I.E. per la Leishmaniosi e il Laboratorio di Riferimento O.I.E. per l'Agalassia Contagiosa;
- **Dipartimento Igiene degli Allevamenti delle Produzioni e Benessere Animale:** Area Igiene delle Produzioni Zootecniche e Benessere Animale, Area Assistenza alle Produzioni con annesso Servizio di Certificazione dei prodotti ed il Centro Mediterraneo di Ricerca e Training (Ce.Me.Ri.T.), Centro di Referenza Nazionale sul benessere, monitoraggio e diagnostica delle malattie delle tartarughe marine (C.Re.Ta.M.).

Il quadro della articolazione organizzativa dipartimentale è rappresentato dal seguente funzionigramma:

Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri"

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati dallo Statuto, adottato dal C.d.A. con delibera n. 6 del 16 aprile 2003, redatto sulla base della normativa nazionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Siciliana. Le funzioni del C.d.A. e del Direttore Generale sono attualmente svolte dal Commissario Straordinario nominato con Decreto del Ministro della Salute del 04/08/2015.



Gli Organi istituzionali sono:

- **Il Consiglio di Amministrazione**
Con Decreto del Presidente della Regione Siciliana Gab. N.523 del 12 maggio 2015 è stato sciolto il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia.
- **Il Direttore Generale**
Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Istituto, lo gestisce e ne dirige l'attività scientifica. È nominato dal Presidente della Regione dove l'Istituto ha sede legale, sentito il Ministro della Salute (art.11 comma 2 D. Lgs. 28 giugno 2012 n.106).
Con Decreto Ministeriale del 4 Agosto 2015, nell'esercizio del potere sostitutivo statale di cui all'art.1 comma 577 e 578 della legge 23 dicembre 2015 n.190 è stato nominato Commissario Straordinario dell'Istituto il Dott. Salvatore Seminara.
- **Il Collegio dei Revisori**
Vigila sull'osservanza delle leggi nello svolgimento dell'attività amministrativa ed ha compiti di vigilanza e verifica sulla regolare tenuta della contabilità e sulla corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili. Esamina il bilancio, le relative variazioni e assestamenti.

PERSONALE DELLA RICERCA (c.d. "Piramide")

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia per attribuzione statutaria (art. 1 comma 2 dello Statuto) svolge, tra gli altri compiti, attività di ricerca scientifica in sanità pubblica veterinaria e di accertamento dello stato sanitario degli animali e di igiene della filiera agroalimentare, costituendo quindi un'attività fondante la struttura organizzativa dell'ente, nonché una *principal mission*;

Al fine di garantire elevati standard nel settore della ricerca in sanità, l'art. 1, commi da 422 a 433, della Legge 27 dicembre 2017, n. 205 ha previsto l'introduzione del personale ricercatore sanitario e del personale collaboratore professionale di ricerca sanitaria (cd. Piramide della ricerca) per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), la cui disciplina contrattuale è stata definita nello specifico CCNL Comparto Sanità — Sezione Ricerca dell'11.07.2019.

Considerato che attualmente risultano assunti presso l'IZS Sicilia, con contratto di lavoro a tempo determinato per anni cinque, ai sensi dell'art. 1, comma 432, della legge n. 205/2017 e s.m.i., n. 15 unità (deliberazioni n. 935/19 del 20/12/2019), di cui n. 12 unità nel profilo professionale di Ricercatore sanitario, categoria Ds, e n. 3 unità nel profilo professionale di collaboratore professionale di ricerca sanitaria, categoria D; n. 6 unità (deliberazione n. 200/19 del 17/03/2020), di cui n. 5 unità nel profilo professionale di Ricercatore sanitario, categoria Ds, e n. 1 unità nel profilo professionale di Collaboratore professionale di ricerca sanitaria, categoria D; n. 1 unità nel profilo professionale di Ricercatore sanitario, categoria Ds, con deliberazioni n. 457/20 del 14/07/2020.

Preso atto che il personale assunto di cui sopra partecipa in pieno al processo di raggiungimento degli obiettivi di performance stabiliti su base annuale e che questo personale viene inserito nella struttura organizzativa dell'Istituto come centro di un processo mirante alla crescita scientifica dell'Istituto nel perseguimento delle finalità istituzionali demandate dalla legge, giusto art. 3 del regolamento per la

valutazione del personale di ricerca sanitaria (deliberazione n. 410 del 17/06/2021), le cui attività ed operato vengono sovrintesi da un apposito nucleo di valutazione giusta deliberazione n. 203 del 27/03/2020.

Considerato quindi essenziale il contributo da parte del personale ricercatore sanitario e di supporto alla ricerca per quanto sopra esposto, si ritiene opportuno, al fine di preservare gli standard scientifici di questo Istituto ed affrontare al meglio il processo di transizione dell'attività scientifica proposta dall'Unione Europea con l'*Agreement on Reforming Research Assessment* (l'accordo stabilisce una direzione comune per i cambiamenti nelle pratiche di valutazione per la ricerca, i ricercatori e le organizzazioni di ricerca, con l'obiettivo di massimizzare la qualità e l'impatto della ricerca), istituire un'apposita sezione all'interno dell'organizzazione di questo Istituto, costituita dal capitale umano ricercatore e collaboratore figurante nelle professionalità sopra esposte.

Il personale di cui sopra rientrerà in un processo di valorizzazione delle risorse interne andando a definire quelli che sono dei veri e propri piani di carriera che si potranno realizzare attraverso le progressioni con le modalità descritte dalla contrattazione collettiva di riferimento, valorizzando a questi fini l'esperienza professionale maturata nonché l'accrescimento culturale-scientifico anche nell'ambito dei percorsi definiti dall'amministrazione, percorsi che si identificano negli obiettivi strategici dell'Ente in ambito di ricerca scientifica. Il fine di questo sistema di pianificazione delle risorse umane di cui sopra sarà quello di creare quella componente fertile funzionale a realizzare gli obiettivi dell'Ente con un approccio di due tipi:

1. Valorizzazione delle risorse interne attraverso un piano di formazione adeguato e le progressioni di cui al CCNL di riferimento
2. Reclutamento di risorse nuove con quelle professionalità, tecniche non presenti già nell'organico di questo Istituto che sono utili alla realizzazione degli obiettivi di ricerca scientifica;

Obiettivi traducibili in indicatori di performance correlati a premi di produttività (incentivazione) di cui all'art. 11 del CCNL 11/07/2019 in linea con la riforma del lavoro pubblico (D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.ii.) e con la logica del c.d. albero delle performance (livello strategico, organizzativo e individuale). Con la sottosezione performance del PIAO, l'amministrazione evidenzia gli obiettivi che intende perseguire nel triennio ("obiettivi specifici" ex art. 5 del D.Lgs. 150/2009) e i relativi risultati attesi. La sottosezione performance, in questa parte, esprime la sua funzione direzionale. Le attività/obiettivi oggetto del piano delle performance in riferimento all'attività di ricerca scientifica possono essere suddivise in tre macrocategorie:

1. Produzione scientifica;
2. Prodotti, capacità di attrarre risorse e strategia della ricerca;
3. Trasferimento di conoscenze: *peer reviewing* e formazione;
4. Indice di rispetto cronologico.

Tali obiettivi rientrano in pieno nel processo competitivo di finanziamento delle attività di ricerca degli IZZSS voluto dal Superiore Ministero della Salute.

1. Produzione scientifica

Verrà riconosciuto come obiettivo per la ricerca sanitaria la pubblicazione degli elaborati di ricerca attraverso la pubblicazione su riviste scientifiche ad alto impatto nel triennio in considerazione.

Considerato l'attuale contesto bibliometrico delle riviste appartenenti al ramo della medicina veterinaria, saranno eleggibili tutti gli articoli pubblicati nell'anno su riviste con un Impact Factor > 2.5, secondo quanto riportato dal Journal Citation Report di Web of Science (Clarivate), che vedano la partecipazione di almeno un ricercatore sanitario/collaboratore professionale di ricerca sanitaria dell'Istituto. L'indicatore da prendere in considerazione per il raggiungimento di tale obiettivo sarà il rapporto tra i valori medi degli impact factor normalizzati delle riviste oggetto di pubblicazione dell'anno in corso sul valore medio dell'anno precedente, applicando quindi la seguente formula:

$$OIF = \frac{\bar{x} IF \text{ normalizzato anno in corso}}{\bar{x} IF \text{ normalizzato anno precedente}}$$

Al fine di raggiungere tale obiettivo il rapporto di cui sopra dovrà essere maggiore o uguale a 1 (OIF \geq 1).

2. *Prodotti, capacità di attrarre risorse e strategia della ricerca*

Sono riconosciuti come ulteriore obiettivo alla sezione ricerca dell'organigramma di questo Istituto gli output di attività di ricerca come la validazione e/o registrazione di determinati prodotti come vaccini, metodiche, protocolli e istruzioni operative. L'obiettivo verrà garantito anche dalla stesura e presentazione di progetti a valere su finanziamenti nazionali ed internazionali. Sono eleggibili i grant con finanziamento pubblico o privato, con valutazione da parte di un comitato tecnico scientifico. Sono da intendersi competitivi anche eventuali progetti finanziati da risorse interne a seguito di regolare procedura di valutazione da parte di un comitato tecnico scientifico imparziale. Tale parametro verrà valutato attraverso l'indicatore rapporto prodotti anno in corso su anno precedente, esprimibile attraverso la formula:

$$OPR = \frac{n \text{ prodotti di ricerca anno in corso}}{n \text{ prodotti di ricerca anno precedente}}$$

Al fine di raggiungere tale obiettivo il rapporto di cui sopra dovrà essere maggiore o uguale a 1 (OPR \geq 1).

3. *Trasferimento di conoscenze: peer reviewing e formazione.*

Ulteriore obiettivo per la performance da raggiungere è assoggettabile al trasferimento di conoscenze espletabile attraverso diverse attività riconducibili al personale di ricerca. Tra i principali si annoverano la formazione ed il processo di *peer reviewing*. In questo contesto vengono riconosciute tutte le iniziative di divulgazione dei risultati di ricerca di quest'Istituto (seminari, incontri formativi, workshops etc.). Nella logica di un confronto costruttivo tra i componenti della comunità scientifica

e conseguente strutturazione di un sapere scientifico consapevole, verrà riconosciuto come ulteriore obiettivo tangibile il processo di *peer reviewing* di articoli su riviste nazionali ed internazionali indicizzate inteso come l’applicazione dell’expertise sul campo di riferimento del ricercatore nella correzione/assegnazione di un giudizio di articoli scientifici da pubblicare su riviste indicizzate. Per tale obiettivo l’indicatore a cui fare affidamento sarà descritto dalla formula sotto riportata:

$$OTC = \frac{n \text{ prodotti trasferimento conoscenze anno in corso}}{n \text{ prodotti trasferimento conoscenze anno precedente}}$$

Il raggiungimento dell’obiettivo di cui sopra verrà raggiunto qualora il risultato del rapporto sia maggiore o uguale a 1 ($OTC \geq 1$).

4. Rispetto cronologico

Considerati i pregressi ritardi negli adempimenti istituzionali riguardanti la trasmissione delle relazioni finali dei progetti di ricerca, sia di carattere corrente che speciale, al fine di garantire un processo virtuoso in grado di rispettare le tempistiche previste dalle diverse progettualità, viene riconosciuto come ultimo obiettivo per il raggiungimento delle *performance* la tempistica di invio delle relazioni dei progetti di ricerca, traducibile attraverso la seguente formula:

$$OTR = \frac{n. \text{relazioni di progetti dell'anno da redigere nei termini previsti}}{n. \text{relazioni di progetti dell'anno trasmesse nei tempi previsti}}$$

Il raggiungimento dell’obiettivo di cui sopra verrà raggiunto qualora il risultato del rapporto sia uguale a 1 ($OTC = 1$).

3.2 Sottosezione Organizzazione del lavoro agile

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguarda l’introduzione del “Piano organizzativo del lavoro agile” (POLA).

Attualmente, infatti, il comma 1 dell’art. 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (come modificato dall’art. 87-bis, comma 5, D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, dall’art. 263, comma 4-bis, lett. a), D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77, e, successivamente, dall’art. 11-bis, comma 2, lett. a), b) e c), D.L. 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 giugno 2021, n. 87) prevede che, entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigano, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 15 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Il POLA definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15 % dei dipendenti, ove lo richiedano.

PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) 2023 – 2025

1. Ambito di applicazione	3
2. Smart working: normativa di riferimento.....	3
3. Modalità attuative: obiettivi e attività.....	5
4. Lavoro agile e sistema di misurazione della performance	6
5. Destinatari.....	7
6. Accordo individuale.....	8
7. Luogo di lavoro.....	9
8. Orario di lavoro.....	9
9. Obbligo di controllo e potere disciplinare.....	11
10. Trattamento economico.....	12
11. Privacy.....	12
12. Strumentazione informatica.....	13
13. Formazione.....	14
14. Sicurezza sul lavoro.....	14
15. Format accordo individuale lavoro agile	15 (allegato)
16. Programma di sviluppo del lavoro agile 2023-2025.....	20

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) dell'IZS Sicilia⁴ rappresenta un aggiornamento del precedente Piano adottato per il triennio 2020-2022 in una visione di continuità sia programmatica che strategica ed è rivolto a tutti i dipendenti dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia “A. Mirri” che intendono prestare la propria attività di lavoro in modalità agile.

⁴ Il documento è stato redatto dall'Area risorse Umane con la collaborazione del CUG, non è stato ancora oggetto di confronto sindacale ai sensi dell'articolo 6 comma 3 lett. i) del CCNL comparto Sanità 2019-2021 relativo ai “criteri generali di individuazione della attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi”

Il lavoro agile non modifica l'inquadramento e il livello retributivo del dipendente e consente le medesime opportunità rispetto ai percorsi professionali e alle iniziative formative.

Al dipendente in lavoro agile si applicano la normativa e gli accordi vigenti in materia di diritti sindacali.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dell'attività lavorativa dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice di Comportamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri".

2. SMART WORKING: NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia ha avviato la sperimentazione del lavoro agile inizialmente con deliberazione n.119 del 18/02/2021 del Commissario Straordinario attraverso l'avvio di un progetto pilota che ha previsto tale nuova modalità di lavoro inserendola nel processo di innovazione dell'organizzazione del lavoro allo scopo di stimolare il cambiamento strutturale del funzionamento dell'Istituto, in direzione di una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, della produttività del lavoro, orientamento ai risultati e di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della legge n. 81 del 2017.

La Direttiva del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 3 del 2017 individua gli strumenti organizzativi e operativi che le pubbliche amministrazioni devono porre in essere per la promozione e lo sviluppo del lavoro agile.

A seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell'azione amministrativa. Conseguentemente, la fase di attuazione sperimentale del lavoro agile, avviata dalla legge n. 124 del 2015, è stata dichiarata chiusa.

La disciplina del lavoro agile nella fase emergenziale è stata affidata ad una serie di provvedimenti normativi che, anche in relazione alla prevedibile evoluzione della pandemia, hanno fissato le percentuali di dipendenti pubblici incaricati di svolgere le proprie prestazioni lavorative da remoto, disciplinato le modalità operative del lavoro agile e, più in generale, quelle relative alla organizzazione degli uffici in modo da assicurare adeguati livelli di performance.

Il Ministro della pubblica amministrazione ha definito, attraverso l'adozione di circolari e direttive, indicazioni per tutte le amministrazioni pubbliche volte alla promozione e alla diffusione del lavoro agile, e strumenti operativi per monitorarne l'applicazione.

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19.

Il D.M. 8 ottobre 2021 recante le "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni" e le successive linee guida sul lavoro agile, nel definire il superamento della fase emergenziale del lavoro a distanza, hanno individuato le condizionalità ed i

requisiti necessari (organizzativi ed individuali) per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini ad una adeguata qualità dei servizi.

Il quadro regolatorio è stato infine completato, per il personale del comparto sanità, dal Contratto Collettivo Nazionale sottoscritto tra ARAN e parti sociali in data 03 novembre 2022, che del lavoro agile ha individuato caratteristiche, modalità, limiti e tutele.

3. MODALITÀ ATTUATIVE: OBIETTIVI E ATTIVITÀ.

Con il lavoro agile l'Istituto persegue i seguenti obiettivi principali:

- ✓ Diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- ✓ Rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- ✓ Valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- ✓ Promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- ✓ Promuovere e diffondere le tecnologie digitali;
- ✓ Razionalizzare le risorse strumentali;
- ✓ Riprogettare gli spazi di lavoro;
- ✓ Contribuire allo sviluppo sostenibile dei luoghi di residenza dei propri dipendenti.

La normativa vigente prevede che almeno il 15% dei dipendenti assegnati allo svolgimento di attività che possono essere rese a distanza possa avvalersi della modalità di prestazione lavorativa agile (art. 14, comma 1 L. 07/08/2015 n. 124).

Potenzialmente tutte le persone che lavorano in Istituto svolgono attività che, anche a rotazione, possono essere svolte in modalità agile qualora ricorrano le seguenti condizioni minime:

- ✓ è possibile svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- ✓ è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- ✓ è possibile monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- ✓ è nella disponibilità del dipendente, o in alternativa fornita dall'Istituto (nei limiti della disponibilità), la strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile;
- ✓ non è pregiudicata l'erogazione dei servizi rivolti a cittadini ed imprese che deve avvenire con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Presso l'IZS Sicilia sono stati individuati come attività non compatibili da espletarsi in modalità agile i seguenti processi di lavoro:

- Protocollo Generale ed il ricevimento fisico della posta in ingresso;

- Attività di presidio degli spazi (custodi e portieri), le attività degli autisti, magazzinieri, centralinisti;
- Attività di interazione con soggetti esterni, attività di sportello (es: accettazione campioni da avviare ad attività analitica);
- Attività tecniche che presuppongono la presenza fisica in sede e/o sopralluoghi (es: caldaista, addetto impianti, smaltimento rifiuti);
- Attività sanitaria svolta e/o correlata alle strutture sanitarie a tutti i livelli (laboratori);
- Assistenza, consulenza, ispezione, certificazione di prodotto % le aziende, vigilanza profilattica sanitaria e di benessere animale.

L'attività svolta in modalità da remoto deve essere rispondente integralmente al requisito dell'"autonomia", pertanto non dovrà comportare l'aggravio del personale dipendente che opera "in presenza".

Per gli aspetti relativi alla privacy si rimanda al GDPR approvato con regolamento UE 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni ed al D. Lgs.101/2018.

In deroga alle suddette attività di lavoro è intendimento dell'Istituto Zooprofilattico della Sicilia "A. Mirri" introdurre lo strumento del lavoro agile quale misura di conciliazione dei tempi di vita-lavoro, pari opportunità e inclusività per i propri dipendenti.

4. LAVORO AGILE E SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Istituto è caratterizzato da una mappatura di tutte le attività svolte all'interno dell'ente che sono ricondotte attraverso uno schema gerarchico a obiettivi di livello via via superiore, arrivando al livello strategico.

A tutti i dipendenti sono assegnati obiettivi riconducibili allo schema illustrato nelle linee guida del sistema di misurazione e valutazione.

Alla luce di quanto sopra, l'attuazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della Performance a cui il presente Piano è collegato.

Il processo di misurazione implica la definizione di un sistema di misure e azioni adeguate a rilevare, in termini quali-quantitativi, le dimensioni rilevanti di performance organizzativa e individuale.

Il processo di valutazione consegue dal processo di misurazione e consiste nel confrontare i livelli raggiunti di performance con i risultati attesi, identificando le cause dello scostamento rispetto al livello atteso.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance ha per oggetto:

- a) la valutazione della performance con riferimento all'Ente nel suo complesso ("performance di ente");
- b) la valutazione della performance con riferimento agli obiettivi dell'Ente ("performance organizzativa");
- c) la valutazione della performance dei singoli dipendenti ("performance individuale").

Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale persegue il miglioramento continuo dell'organizzazione e lo sviluppo delle risorse umane dell'Ente da realizzare attraverso la

valorizzazione delle competenze professionali e la responsabilizzazione dei collaboratori verso obiettivi misurabili e verso una maggiore delega e autonomia nell'organizzazione delle proprie attività lavorative.

Il processo di valutazione delle performance individuali ha lo scopo di coinvolgere le persone nelle strategie e negli obiettivi dell'amministrazione, esplicitando il contributo richiesto ad ognuno per il raggiungimento di tali obiettivi; la definizione di un processo strutturato e formalizzato di assegnazione degli obiettivi, di verifica del loro stato di attuazione, di confronto fra i soggetti interessati, comporta uno scambio costante che consente di individuare percorsi di crescita delle competenze delle persone anche attraverso formazione ed attività dedicate.

5. DESTINATARI

Possono essere ammessi a prestare la propria attività lavorativa in modalità agile, tutti i dipendenti assunti sia a tempo indeterminato che determinato dell'Istituto, con esclusione del personale impegnato in attività di lavoro individuate come "non compatibili" con la modalità del lavoro agile (par. 3).

Ai fini dell'individuazione delle categorie con priorità nel rendere la prestazione lavorativa in modalità agile, si rinvia a quanto disposto dalla vigente normativa, art.18 c.3/bis della legge 22/05/2017 n.81, fatta salva la possibilità di individuare, previo confronto con le organizzazioni sindacali, ulteriori criteri di priorità per l'accesso al lavoro agile.

6. ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI LAVORO IN MODALITÀ AGILE PRESSO L'IZS SICILIA (All. 5)

L'attivazione del lavoro agile è subordinata alla sottoscrizione dell'accordo individuale tra il dipendente e il Rappresentante Legale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri" e/o suo delegato.

Il dipendente presenta la richiesta al Dirigente Responsabile secondo il modulo reso disponibile sulla intranet aziendale indicando la/e giornata/e settimanali in cui si chiede di svolgere l'attività di lavoro agile e l'indicazione dei luoghi di lavoro prevalenti in cui verrà svolta l'attività.

Il Dirigente Responsabile, previa individuazione delle attività che nell'ambito delle mansioni normalmente svolte dal dipendente possono essere rese in modalità agile, respinge o approva la richiesta, eventualmente apportando modifiche e la trasmette all'Area Gestione Risorse Umane che provvede alla predisposizione dell'accordo individuale.

Nell'accordo dovranno essere definiti:

- la durata (che può essere a tempo e/o indeterminata);
- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa svolta al di fuori della sede abituale di lavoro;
- l'individuazione della/e giornata/e settimanale in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività;

- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente di riferimento;
- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- fascia/e oraria/e di contattabilità e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della sua salute psico-fisica, della sua efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati;
- impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'Amministrazione;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni, salve le ipotesi previste dall'art. 19 della legge n. 81/17.

In caso di eventuali modifiche riguardanti il profilo professionale del dipendente o dell'attività svolta dal medesimo, la prosecuzione della prestazione in lavoro agile è condizionata alla sottoscrizione di un nuovo accordo individuale.

7. LUOGO DI LAVORO

Nelle giornate di prestazione dell'attività lavorativa in modalità agile il dipendente avrà cura di svolgere la propria attività in luoghi, che, tenuto conto delle attività svolte e secondo un criterio di ragionevolezza, rispondano ai requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza e quindi siano idonei all'uso abituale di supporti informatici, non mettano a rischio la sua incolumità, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati nell'espletamento del proprio lavoro.

In particolare, il luogo di lavoro deve essere tale da garantire la necessaria riservatezza delle attività, evitando che estranei possano venire a conoscenza di notizie riservate. È inoltre necessario che il luogo ove si svolge l'attività non metta a repentaglio la strumentazione dell'Amministrazione.

È necessario fornire un'indicazione del luogo prevalente (o dei luoghi) al fine della corretta copertura INAIL in caso di infortuni sul lavoro; eventuali infortuni sul lavoro devono essere immediatamente comunicati alle strutture di appartenenza per le necessarie denunce.

L'individuazione di uno o più luoghi prevalenti può essere dettata da esigenze connesse alla prestazione lavorativa o dalla necessità di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative.

Il lavoratore agile può chiedere di poter modificare, anche temporaneamente, il luogo di lavoro presentando richiesta scritta (anche a mezzo e-mail) al proprio Dirigente responsabile il quale, valutatane la compatibilità, autorizza per scritto (anche a mezzo e-mail) il mutamento: lo scambio di comunicazioni scritte, in tal caso, è sufficiente ad integrare l'accordo individuale, senza necessità di una nuova sottoscrizione.

Ogni modifica temporanea o permanente del luogo di lavoro deve essere prontamente comunicata dal lavoratore all'Area Gestione Risorse Umane.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali come previsto dall'art 14 della presente disciplina.

8. ORARIO DI LAVORO

L'attuazione del lavoro agile non modifica la regolamentazione dell'orario di lavoro applicata al dipendente, il quale farà riferimento al normale orario di lavoro con le caratteristiche di flessibilità temporali proprie del lavoro agile nel rispetto comunque dei limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero, settimanale e plurisettimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione.

Nell'ambito delle modalità di esecuzione della prestazione, definite nell'accordo individuale, è individuata la/e giornata/e nella settimana in cui l'attività è svolta in modalità lavoro agile, che potrà comunque essere oggetto di modifica nel corso di validità dell'accordo.

L'eventuale malfunzionamento delle dotazioni tecnologiche che renda impossibile la prestazione lavorativa in modalità agile dovrà essere tempestivamente segnalato dal dipendente alla U.O. Sistema Informativo e Statistico sia al fine di dare soluzione al problema che di concordare con il proprio Dirigente Responsabile le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro nella sede di lavoro.

L'amministrazione, per esigenze di servizio rappresentate dal Dirigente Responsabile, si riserva di richiedere la presenza in sede del dipendente in qualsiasi momento, in particolare per situazioni di emergenza.

Nelle giornate di lavoro espletate in modalità agile, per il personale valgono le seguenti regole:

- giornate lavorative nelle ore antimeridiane (mattina): la fascia temporale potenziale di svolgimento delle attività va dalle 7.30 alle 14.00, fascia oraria durante la quale il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione (numero di cellulare, indirizzo mail) e viene garantita una fascia di contattabilità telefonica, dalle 10.00 alle 13.00, salve eventuali esigenze organizzative della struttura di appartenenza per garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi e con gli utenti interni/esterni;
- giornate lavorative con rientro pomeridiano: la fascia temporale potenziale di svolgimento delle attività va dalle 7.30 alle 17.30, durante la quale il lavoratore è contattabile attraverso gli strumenti di comunicazione in dotazione (numero di cellulare, indirizzo mail) e viene garantita una fascia di contattabilità telefonica, dalle 10.00 alle 16.00, salve eventuali esigenze organizzative della struttura di appartenenza per garantire un'ottimale organizzazione delle attività e permettere le necessarie occasioni di contatto e coordinamento con i colleghi e con gli utenti interni/esterni;
- fascia di disconnessione standard: 20.00 – 7.30 oltre a sabato (se non lavorativo), domenica e festivi. Durante tale fascia non è richiesto lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e a messaggi, l'accesso e la connessione alla rete intranet dell'Amministrazione.

Il diritto alla disconnessione si applica in senso verticale e bidirezionale (verso i propri responsabili e viceversa), oltre che in senso orizzontale, cioè anche tra colleghi.

Al dipendente è garantita la copertura dell'intero debito orario dovuto per la giornata e non è previsto il riconoscimento di prestazioni straordinarie, aggiuntive, notturne e festive.

Qualora nella giornata definita in lavoro agile il dipendente debba essere presente nella sede di lavoro per ragioni di servizio e formazione, in via generale effettua un cambio di giornata all'interno della stessa settimana. Qualora ciò non fosse possibile, la presenza nella sede aziendale per parte del tempo deve essere attestata con l'utilizzo del badge per ragioni di controllo degli accessi e sicurezza, senza effetto ai fini del controllo dell'orario di lavoro e della maturazione del buono pasto.

Il dipendente è tenuto a rispettare le norme sui riposi e sulle pause previste per legge e dalla contrattazione nazionale ed integrativa in materia di salute e sicurezza.

9. OBBLIGO DI CONTROLLO E POTERE DISCIPLINARE

La modalità di lavoro in lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo da parte dei Dirigenti Responsabili, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente in lavoro agile e diretto responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa in lavoro agile.

Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e Dirigente Responsabile si confronteranno almeno con cadenza mensile sullo stato di avanzamento. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti.

Le parti si danno atto che, secondo la loro gravità e nel rispetto della disciplina legale e contrattuale vigente, le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, così come individuate nel regolamento disciplinare.

Il mancato rispetto delle disposizioni previste dal presente piano, con particolare riguardo al p.to 8 "Orario di lavoro", può comportare l'esclusione dal successivo rinnovo dell'accordo individuale.

10. TRATTAMENTO ECONOMICO E GIURIDICO

È garantita parità di trattamento economico e normativo per il personale che aderisce alla modalità agile di prestazione dell'attività lavorativa.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dal CCNNLL o dalle norme di legge.

Il lavoratore che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile non può svolgere lavoro straordinario e non matura diritto all'erogazione di buoni pasto.

Nelle giornate in cui l'attività lavorativa è prestata in modalità agile non è configurabile la maturazione di orario aggiuntivo.

Il lavoratore che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile ha diritto a tutti gli effetti alla retribuzione della performance organizzativa ed individuale.

Il periodo di lavoro prestato in modalità agile è inoltre utile a tutti gli effetti per la definizione delle graduatorie per le progressioni economiche orizzontali o per le eventuali progressioni verticali.

11.PRIVACY

Durante le operazioni di trattamento dei dati ai quali il dipendente abbia accesso in esecuzione delle prestazioni lavorative, in considerazione delle mansioni ricoperte, in relazione alle finalità legate all'espletamento delle suddette prestazioni lavorative, gli stessi devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri diritti fondamentali riconosciuti all'interessato dal Regolamento UE 679/2016–GDPR e dal D.Lgs. 196/03 e successive modifiche.

Il trattamento dei dati deve avvenire in osservanza della normativa nazionale vigente, del Disciplinare UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle eventuali apposite prescrizioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

12. STRUMENTAZIONE INFORMATICA

12. 1 Dotazione di strumentazione da parte dell'Amministrazione

L'Amministrazione garantisce la conformità della strumentazione fornita alle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza.

Il dipendente si impegna a custodire con la massima cura e a mantenere integra la strumentazione che sarà fornita, in modo tale da evitarne il danneggiamento, lo smarrimento e a utilizzarla in conformità con le istruzioni ricevute.

Gli strumenti di lavoro affidati al personale devono essere utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa, nel rispetto della disciplina legale e contrattuale applicabile.

La manutenzione della strumentazione e dei relativi software è a carico dell'Amministrazione.

Il dispositivo di telefonia mobile (telefono cellulare, smartphone ecc..), deve essere utilizzato solo per attività lavorative, in modo appropriato, efficiente, corretto e razionale. I costi relativi a tale utenza telefonica sono a carico dell'Amministrazione.

12.2. Utilizzo di strumentazione del dipendente

Il dipendente può aderire all'accordo individuale anche nel caso in cui l'Amministrazione non sia in grado di provvedere alla fornitura dell'attrezzatura tecnologica, utilizzando strumenti nella propria disponibilità, se ritenuti idonei dall'Amministrazione.

Il dipendente dichiara di utilizzare strumentazione a propria disposizione e in particolare computer con sistema operativo adeguato alle caratteristiche richieste dalla U.O. Sistema Informativo e Statistico, connessione internet adeguata; la mancata sottoscrizione di tale previsione non consente di procedere all'attivazione dell'accordo.

I costi relativi a tali utenze per linea dati e telefonica sono a carico del dipendente; ulteriori costi sostenuti dal dipendente direttamente e/o indirettamente collegati allo svolgimento della prestazione lavorativa (elettricità, linea di connessione, spostamenti etc.) o le eventuali spese per il mantenimento in efficienza dell'ambiente di lavoro agile non sono a carico dell'Amministrazione.

Eventuali impedimenti tecnici (come malfunzionamenti della linea dati o problemi di comunicazione telefonica) allo svolgimento dell'attività lavorativa durante il lavoro agile dovranno essere tempestivamente comunicati alla U.O. Sistemi Informatici al fine di dare soluzione. Qualora ciò non sia possibile, dovranno essere concordate con il proprio responsabile le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro del dipendente nella sede di lavoro.

13. FORMAZIONE

Per i dipendenti che prestano attività lavorativa in modalità agile è prevista specifica formazione e la partecipazione agli eventi formativi predisposti dall'Amministrazione è obbligatoria.

14. SICUREZZA SUL LAVORO

Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in particolare quelle di cui al D.Lgs. n. 81/08 e s.i.m. e della legge 22 maggio 2017, n. 81. Relativamente alla sicurezza sul lavoro l'Amministrazione:

- garantisce il buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati;
- consegna, prima dell'avvio della sperimentazione, un documento scritto informativo dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione.

Il dipendente è, a sua volta, tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Amministrazione per fronteggiare i rischi.

Ai sensi dell'art. 23 della L. 81/2017 il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile - nei limiti e alle condizioni di cui al terzo comma dell'articolo 2 del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione al proprio responsabile di riferimento, per gli adempimenti di legge.

17. PROGRAMMA DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE 2023-2025

Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Stato 2023	Stato di sviluppo intermedio 2024	Stato di sviluppo avanzato 2025
Condizioni abilitanti del lavoro agile	SALUTE ORGANIZZATIVA				
	Adeguatezza dell'organizzazione dell'Ente rispetto alla introduzione del Lavoro Agile.	Sistema di programmazione per obiettivi e/o per processi e/o per progetti	Coinvolgimento dell'Ufficio Programmazione Gestione e Controllo, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Area Gestione Risorse Umane.	Coinvolgimento di tutte le strutture amministrative dell'Ente per la pianificazione, monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi di performance organizzativa dell'Ente	Integrazione dei documenti programmatici nazionali con quelli dell'Ente. (Linee Guida per la ricerca, PTA, Piano dei Fabbisogni, Bilancio di previsione, Piano della performance, PTPCT, Piano triennale azioni positive CUG, Piano triennale di transizione al digitale)
	Miglioramento del clima organizzativo	Help desk informatico dedicato al lavoro agile	Non ancora attivato, esiste un help desk comune per tutte le attività di lavoro	Attivazione del help desk per le attività dedicate al lavoro agile mediante la selezione di personale con competenze ICT	Strutturare un help desk informatico automatizzato
		Analisi di benessere organizzativo	Realizzare una indagine di clima in collaborazione con il CUG che prenda in considerazione	Realizzare una indagine di clima in collaborazione con il CUG che prenda in considerazione	Realizzare una indagine di clima in collaborazione con il CUG che prenda in considerazione le

Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Stato 2023	Stato di sviluppo intermedio 2024	Stato di sviluppo avanzato 2025
			le differenze fra personale in smart working/in presenza	le differenze fra personale in smart working/in presenza	differenze fra personale in smart working/personale in presenza
SALUTE DIGITALE					
Condizioni abilitanti del lavoro agile	Adeguatezza delle condizioni hardware e software rispetto a quelle necessarie per consentire lo svolgimento del Lavoro Agile	N. PC a disposizione per Lavoro Agile	Fornire ai potenziali smart worker almeno il 5% di laptop per le attività di lavoro	Fornire in più almeno altri 10 laptop per le attività di lavoro.	Coprire fino al 70% dei lavoratori agili potenziali
		Sistema VPN	S.I.: coppia di appliance VPN con connessione simultanea da remoto fino a 100 dipendenti. Banda di connettività di 1 Gigabit/s	Mantenere il sistema aggiornato.	Ampliare la banda VPN secondo le evoluzioni del mercato di rete
		Sistemi di collaborazione	S.I.: Utilizzo della piattaforma Google Workspace per le videoconferenze e l'automazione d'ufficio	Verificare gli sviluppi del portale e ampliare i sistemi.	Aggiornamento delle tecnologie ICT a supporto.
		100 % applicativi consultabili in Lavoro Agile	Tutti gli applicativi sono consultabili in modalità SaaS	Mantenere il sistema aggiornato ed eventualmente ampliare gli applicativi da consultare.	Aggiornamento delle tecnologie ICT a supporto

Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Stato 2023	Stato di sviluppo intermedio 2024	Stato di sviluppo avanzato 2025
Attuazione lavoro agile	QUANTITA'				
		% LAVORATORI EFFETTIVI	In atto concesso lo smart working solo ai lavoratori “fragili” come da normativa vigente.	Aumentare il livello percentuale raggiunto fra gli smart worker potenziali.	Aumentare il livello percentuale raggiunto fra gli smart worker potenziali.
		% LAVORATORI AGILI POTENZIALI			
	QUALITA'				
		% DIRIGENTI/ POSIZIONI ORGANIZZATIVE SODDISFATTE DEL LAVORO AGILE	Avviare indagini di clima mediante questionari di gradimento da somministrare al personale che usufruiscono di smart working	Miglioramento livello raggiunto	Miglioramento livello raggiunto.
	% DIPENDENTI IN LAVORO AGILE SODDISFATTI *	Avviare indagini di clima mediante questionari di gradimento da somministrare al personale che usufruiscono di smart working	Miglioramento livello raggiunto	Miglioramento livello raggiunto.	

Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Stato 2023	Fase di sviluppo intermedio 2024	Stato di sviluppo avanzato 2025
Performance Organizzativa	EFFICIENZA				
	PRODUTTIVA	AUMENTO DELLA PRODUTTIVITA' (es. quantità di attività erogate/servizi erogati per Aree, Uffici).	Inizio rilevazione dati	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio
		DIMINUIZIONE ASSENZE	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio
	TEMPORALE	RIDUZIONE DELLA TEMPISTICA DI EVASIONE PRATICHE ORDINARIE	Inizio rilevazione dati	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio
	QUANTITATIVA	QUANTITA' EROGATA (n. pratiche, n. servizi erogati).	Inizio rilevazione dati	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio
		QUANTITA' FRUITA (es. numero servizi resi)	Inizio rilevazione dati	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio
	QUALITATIVA	QUALITA' EROGATA (es. qualità dei servizi erogati in modalità agile, tempi di erogazione).	Inizio rilevazione dati	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio
		QUALITA' PERCEPITA (customer satisfaction per servizi resi dai dipendenti in s.w.)	Inizio rilevazione dati	Implementazione monitoraggio	Implementazione monitoraggio

Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Stato 2021	Fase di sviluppo intermedio 2022	Fase di sviluppo avanzato 2023
	IMPATTO SOCIALE				
		WORK LIFE BALANCE	Avvio monitoraggio	Miglioramento dei risultati	Miglioramento dei risultati
	IMPATTO AMBIENTALE				
		MINORE QUANTITÀ DI STAMPE	Avvio monitoraggio	Avvio monitoraggio	Mantenimento dei livelli raggiunti.
		MINORE QUANTITÀ DI SPAZIO FISICO	Avvio monitoraggio	Avvio monitoraggio	Mantenimento dei livelli raggiunti.
	IMPATTO ECONOMICO				
IMPATTI		DIMINUIZIONE SPESE PER UTENZE	Avvio monitoraggio	Implementazione monitoraggio	Mantenimento dei risultati raggiunti.
	IMPATTO SULLA SALUTE DELL'ENTE	MIGLIORAMENTO SALUTE ORGANIZZATIVA	Avvio monitoraggio	Implementazione monitoraggio	Mantenimento dei risultati
		MIGLIORAMENTO SALUTE DIGITALE	Avvio monitoraggio	Implementazione monitoraggio	Mantenimento dei risultati
		MIGLIORAMENTO SALUTE PROFESSIONALE	Avvio monitoraggio	Implementazione monitoraggio	Mantenimento dei risultati
		MIGLIORAMENTO SALUTE ECONOMICO FINANZIARIA	Avvio monitoraggio	Implementazione monitoraggio	Mantenimento dei risultati

Nell'ambito del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) sono definiti gli strumenti di monitoraggio e gli indicatori di impatto interno ed esterno, i cui risultati confluiscono nell'apposita sezione della Relazione annuale della performance. I risultati costituiscono il punto di partenza per verificare l'andamento dello smart working e proporre eventuali azioni correttive in merito.

Sui temi del lavoro agile potranno essere proposti appositi questionari ai/alle dipendenti dell'Ente. Gli esiti, condotti in forma anonima ed aggregata, saranno illustrati nelle opportune sedi istituzionali (CUG, Comitato di Direzione, Organismo paritetico per l'innovazione, OO.SS., Organismo Indipendente di Valutazione della Performance), garantendo che i dati personali comunicati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità statistiche e divulgative sopra descritte in forma anonima e aggregata, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016.

Per quanto non definito, si fa riferimento, per quanto applicabili, alle disposizioni di legge e regolamentari e alle norme dei CC.NN.LL. di riferimento e alla contrattazione di secondo livello del personale dipendente e della dirigenza.

L' IZS Sicilia "A. Mirri" si riserva di adeguare il regolamento alle condizioni migliorative derivanti da futuri cambiamenti legislativi e tecnologici.

3.3 Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il presente piano triennale del fabbisogno del personale, d’ora in poi PTFP, è volto a programmare e a definire il proprio bisogno di risorse umane per il triennio 2023/2025, inserendosi a valle dell’attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi resi. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali, il presente PTFP intende ottimizzare l’impiego delle risorse disponibili, perseguendo al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance.

Il presente PTFP è redatto nel rispetto del Decreto Ministeriale del 22 luglio 2022 pubblicato sulla GURI n. 215 del 14/09/2022 e del Decreto Ministeriale 8 maggio 2018, pubblicato sulla GURI n. 173 del 27/07/2018, con il quale il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e con il Ministro della salute, ha emanato le “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”, che specificano che:

- Il PTFP è uno strumento programmatico, modulabile e flessibile per le esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie all’organizzazione, da adottarsi dal competente organo di indirizzo politico con cadenza annuale ed in prospettiva triennale;
- il PTFP, superando il tradizionale concetto di dotazione organica, diviene essenziale strumento strategico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e alla sanità pubblica;
- il PTFP deve essere sviluppato in coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio e, conseguentemente, nel rispetto delle risorse finanziarie a disposizione, nei limiti del tetto di spesa, nonché nel completo rispetto dei principi generali di legalità e della disciplina in materia di prevenzione della corruzione;
- il PTFP deve essere compatibile con la cornice finanziaria prevista per gli Enti del S.S.N. e coerente con i principi di contenimento del costo del personale, di cui alla legislazione vigente

Al 31 dicembre 2022 risultano in servizio le seguenti unità di personale, distinte per profilo professionale:

PROFILO PROFESSIONALE	unità
DIRIGENTI VETERINARI di cui 10 DIRETTORI DI AREA SANITARIA	n. 32
DIRIGENTI SANITARI BIOLOGI di cui 2 DIRETTORI DI AREA SANITARIA	n. 13
DIRIGENTE SANITARIO CHIMICO	n. 1
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	n. 3
DIRIGENTE PROFESSIONALE – INGEGNERE	n. 1
TOTALE DIRIGENZA	n. 50

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO SENIOR	n. 13
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE SENIOR	n. 4
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	n. 66
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – DIETISTA	n. 1
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE – INFORMATICO	n. 5
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE – NATURALISTA	n. 1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	n. 21
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE – STATISTICO	n. 4
ASSISTENTE TECNICO – AGROTECNICO	n. 21
ASSISTENTE TECNICO – GEOMETRA	n. 1
ASSISTENTE TECNICO - GESTIONE IMPIANTI	n. 2
ASSISTENTE TECNICO - PERITO CHIMICO	n. 16
ASSISTENTE TECNICO – PROGRAMMATORE	n. 2
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	n. 7
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO – AUTISTA	n. 1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO – CENTRALINISTA	n. 1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO – LABORATORIO	n. 7
COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	n. 16
OPERATORE TECNICO	n. 4
OPERATORE TECNICO – CENTRALINISTA	n. 1
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	n. 22
TOTALE COMPARTO	n. 216
VETERINARI CONVENZIONATI	n. 18
TOTALE DIPENDENTI DI RUOLO + VETERINARI CONVENZIONATI	n. 284

Non si rilevano situazioni di sovrannumero o di eccedenze di personale, avuto riguardo anche alla sostenibilità finanziaria della spesa di personale, come risulta dai documenti contabili dell'ente ed in particolare dall'ultimo bilancio di esercizio, approvato con delibera commissariale n. 262 del 20/04/2022 che ha registrato un utile di esercizio pari ad euro 618.083,00.

Le unità sopra indicate sono risultate necessarie al raggiungimento degli obiettivi indicati negli strumenti di programmazione economico-finanziaria e allo svolgimento dei compiti istituzionali delle strutture cui sono assegnati.

I profili sanitari, assegnati alle articolazioni sanitarie dell'Ente, sono assolutamente funzionali al raggiungimento dei LEA, i profili tecnici e amministrativi assolvono a funzioni di staff rispetto alle aree sanitarie.

Il presente PTFP rispetta le disposizioni in materia di vincoli di spesa che per gli enti sanitari sono dettate dal d.l. 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella legge nr. 60/2019, che pone come base di riferimento la spesa sostenuta nell'anno 2018, al netto degli oneri riflessi e dei rinnovi contrattuali. L'art. 11 del citato d.l. dispone che: *"1. A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2021, il predetto incremento di spesa del 5 per cento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, e con l'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145."* *2. Ai fini del comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502."*

Il tetto di spesa per questo Istituto risulta pari ad euro 15.136.651,33 (spesa sostenuta nell'anno 2018), come si evince dalla delibera commissariale n. 934 del 20/12/2019 di adozione del P.T.F. per il triennio 2019/2021. Il medesimo tetto di spesa è richiamato ed è assunto a base di calcolo nella delibera n. 442 del 30/06/2022 di adozione del PTFP per il triennio 2022/2024.

Nella redazione del presente PTFP 2023/2025, si è tenuto conto delle cessazioni programmate per il triennio 2023 – 2025.

La capacità assunzionale dell'ente, avuta come base di calcolo la spesa per il 2018, è pari ad euro 1.048.738,67 per il triennio.

La spesa prevista nel triennio 2023/2025 rispetta il sopra citato tetto di spesa di euro 15.136.651,33 come risulta dalla seguente tabella:

anno	costo personale in servizio al netto di assunzioni	Totale costo nuove assunzioni nel triennio	Spesa complessiva (costo personale in servizio + costi nuove assunzioni nel triennio 2023-2025)
<i>2023</i>	14.369.205,96	478.724,35	14.847.930,31
<i>2024</i>	14.223.887,05	746.496,94	14.970.383,99
<i>2025</i>	14.087.912,66	1.033.759,75	15.121.672,41

Il dettaglio del margine assunzionale per ciascun anno del triennio è riportato nella tabella sottostante:

RAFFRONTO DELLA SPESA DEL PERSONALE PREVISTA PER GLI ANNI 2023/2024/2025 CON L'ANNO 2018

TIPOLOGIA PERSONALE	TOTALE COSTO PERSONALE ANNO 2018	TOTALE COSTO PERSONALE ANNO 2023	TOTALE COSTO PERSONALE ANNO 2024	TOTALE COSTO PERSONALE ANNO 2025
DIRIGENZA VETERINARIA	2.873.504,99	2.632.381,41	2.632.381,41	2.632.381,41
DIRIGENZA SANITARIA	1.120.390,06	1.032.622,42	977.969,40	909.105,77
DIRIGENZA PROFESSIONALE	59.298,15	59.302,39	59.302,39	59.302,39
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	236.587,76	295.755,87	295.755,87	295.755,87
DIRIGENZA TECNICA				
COMPARTO SANITARIO	2.931.598,95	2.724.333,69	2.663.170,61	2.638.845,42
COMPARTO TECNICO	2.021.827,81	1.919.983,57	1.912.405,32	1.887.762,61
COMPARTO AMMINISTRATIVO	2.368.809,86	2.089.849,81	2.042.163,39	2.012.242,63
VETERINARI CONVENZIONATI	295.347,69	267.830,33	267.830,33	267.830,33
TOTALE FONDI PERSONALE	3.706.236,11	3.815.477,69	3.815.477,71	3.815.477,71
SOMMINISTRAZIONE LAVORO	46.917,45			
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DEL PERSONALE IN CONVENZIONE DEI SERVIZI AUSILIARI SANITA' (EX-MULTISERVIZI)	15.738,86	45.000,00	45.000,00	45.000,00
TOTALE VOCI SPESA PERSONALE	15.676.257,70	14.882.537,17	14.711.456,43	14.563.704,12
CATEGORIE PROTETTE	-539.606,37	-513.331,23	-487.569,39	-475.791,47
TOTALE SPESA PERSONALE	15.136.651,33	14.369.205,94	14.223.887,05	14.087.912,66
MARGINE DI ASSUNZIONE DIFFERENZIALE TRA LA SPESA DEL PERSONALE DELL'ANNO 2018 E CIASCUN ANNO DEL P.T.F.P. TRIENNIO 2023-2025		767.445,38	145.318,90	135.974,39
MARGINE DI ASSUNZIONE CUMULATIVO GENERATO DALLA DIFFERENZA TRA LA SPESA DEL PERSONALE DELL'ANNO 2018 E IL TRIENNIO DEL P.T.F.P. 2023-2025		767.445,38	912.764,28	1.048.738,67

In linea di continuità con la programmazione di cui alla sopra citata delibera n. 442 del 30/06/2022, sulla base della stima dei bisogni prioritari dell'ente, si sono individuati i profili professionali da reclutare all'esterno per ciascun anno del triennio 2023-2025, come da tabella sottostante che comprende le nuove assunzioni previste:

PROFILO PROFESSIONALE	RUOLO	AREA	ANNO ASSUNZIONE	PROCEDURA DI RECLUTAMENTO	NUMERO UNITA' DA ASSUMERE	COSTO ANNUALE PER PROFILO PROFESSIONALE DA ASSUMERE (SOLO TABELLARE)	COSTO TOTALE PER PROFILO PROFESSIONALE DA ASSUMERE
DIRETTORE AREA SANITARIA	SANITARIO	-	2023	CONCORSO PUBBLICO	1	61.442,24	61.442,24
DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO	SANITARIO	-	2023	CONCORSO PUBBLICO	2	61.442,23	122.884,47
DIRIGENTE SANITARIO CHIMICO	SANITARIO	-	2023	MOBILITA'	1	61.442,23	61.442,23
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	AMMINISTRATIVO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2023	CONCORSO PUBBLICO	2	32.955,03	65.910,06
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	AMMINISTRATIVO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2023	PROGRESSIONE VERTICALE	2	2.634,45	5.268,89
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	2023	AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI DALLE LISTE DI COLLOCAMENTO	1	26.949,50	26.949,50
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	2023	MOBILITA'	1	26.949,50	26.949,50
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	2023	ASSUNZIONE LEGGE NR. 68/99	2	*0,00	0,00
OPERATORE TECNICO - ADDETTO ALLA SANITA' VETERINARIA	TECNICO	AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	2023	AVVIAMENTO DEGLI ISCRITTI DALLE LISTE DI COLLOCAMENTO	4	26.969,37	107.877,48
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - CHIMICO	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2024	CONCORSO PUBBLICO	2	32.955,03	65.910,06
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - CHIMICO	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2024	PROGRESSIONE VERTICALE	2	2.634,45	5.268,89

COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INGEGNERE	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2024	CONCORSO PUBBLICO	1	32.955,03	32.955,03
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INGEGNERE	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2024	PROGRESSIONE VERTICALE	1	2.634,45	2.634,45
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	SANITARIO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2024	CONCORSO PUBBLICO	3	32.979,33	98.937,98
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	AREA DEGLI ASSISTENTI	2024	CONCORSO PUBBLICO	1	30.322,52	30.322,52
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	AMMINISTRATIVO	AREA DEGLI ASSISTENTI	2024	PROGRESSIONE VERTICALE	1	1.844,19	1.844,19
COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	AMMINISTRATIVO	AREA DEGLI OPERATORI	2024	CONCORSO PUBBLICO	1	28.368,15	28.368,15
COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	AMMINISTRATIVO	AREA DEGLI OPERATORI	2024	PROGRESSIONE VERTICALE	1	1.531,32	1.531,32
DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO	SANITARIO	-	2025	MOBILITA' PRECONCORSUALE /CONCORSO PUBBLICO	2	61.442,23	122.884,47
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - BIOTECNOLOGO	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2025	MOBILITA' PRECONCORSUALE /CONCORSO PUBBLICO	2	32.955,03	65.910,06
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INFORMATICO	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2025	MOBILITA' PRECONCORSUALE /CONCORSO PUBBLICO	1	32.955,03	32.955,03
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INFORMATICO	TECNICO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2025	PROGRESSIONE VERTICALE	1	2.634,45	2.634,45
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	SANITARIO	AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	2025	MOBILITA' PRECONCORSUALE /CONCORSO PUBBLICO	1	32.979,33	32.979,33
COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	AMMINISTRATIVO	AREA DEGLI OPERATORI	2025	MOBILITA' PRECONCORSUALE /CONCORSO PUBBLICO	1	28.368,15	28.368,15

COADIUTORE AMMINISTRATIVO O SENIOR	AMMINISTRATIVO	AREA DEGLI OPERATORI	2025	PROGRESSIONE VERTICALE	1	1.531,32	1.531,32
---	-----------------------	-----------------------------	-------------	-------------------------------	----------	-----------------	-----------------

* SPESA RELATIVA AI DISABILI CHE NON INCIDE SUL COSTO DEL PERSONALE

di 1

Quale forma di reclutamento, si è privilegiato il modello del pubblico concorso o della mobilità, ai sensi dell'art. 3, comma 8 della Legge nr. 56/2019, come modificato dal D. L. nr. 80/2021 che prevede la possibilità fino al 31/12/2024 di effettuare assunzioni senza il previo svolgimento della mobilità preconcorsuale ex art. 30 del D. Lgs. nr. 165/2001.

Prima di procedere all'espletamento delle procedure concorsuali, in ogni caso, saranno attivate le procedure di mobilità collettiva ai sensi del combinato disposto degli artt. 34 e 34-bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni.

Le assunzioni previste con accesso dall'esterno sono pari a complessive 29 unità, così suddivise per il triennio di riferimento:

- anno 2023 nr. 14 unità
- anno 2024 nr. 8 unità
- anno 2025 nr. 7 unità

Nel 2023 sono state previste le assunzioni di massima priorità per il raggiungimento degli obiettivi strategici.

In ottemperanza ai contenuti della legge 68/1999 in materia di assunzione obbligatorie, è stata prevista l'assunzione di n. 2 unità di personale disabile, per coprire la scoperta di n. 2 posti risultante dal prospetto informativo disabili elaborato e trasmesso telematicamente in data 16/01/2023.

Con la presente programmazione si è inteso altresì valorizzare, tra le forme di reclutamento, compatibilmente con le risorse disponibili, il ricorso alle progressioni verticali nel rispetto di quanto previsto dall'art. 20 del CCNL del comparto Sanità per il triennio 2019/2021 del 2 novembre 2022, che così recita: "in relazione al piano triennale dei fabbisogno, ai sensi dell'art. 52, comma 1 bis, del d.lgs. 165/2001, fatta salva una riserva di almeno il 50 per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno, le progressioni tra un'area e quella immediatamente superiori avvengono tramite procedura selettiva interna...". L'art. 21 detta norme di prima applicazione prevedendo al comma 2 che "ove le aziende ed enti, nell'ambito di propri piani triennali dei fabbisogni, rilevino la necessità di copertura di specifici profili, al fine di tenere conto dell'esperienza e professionalità maturate ed effettivamente utilizzate dall'Azienda o Ente di appartenenza, in fase di prima applicazione del nuovo ordinamento professionale e comunque e entro il termine del 30/06/2025, (previo confronto ai sensi dell'art. 6, comma 3, lett n), possono attivare la progressione tra le aree con procedure valutative cui sono ammessi i dipendenti in servizio:

- in possesso del titolo di studio richiesto per l'area immediatamente superiore ed almeno 5 anni di esperienza professionale maturata nel profilo professionale di appartenenza; in alternativa in possesso del titolo di studio relativo all'area cui il dipendente è inquadrato ed almeno 10 anni di esperienza professionale maturata nel profilo professionale di appartenenza."

Con note prot. n. 1318 dell'8/02/2023 e di sollecito prot. n. 2358 del 07/03/2023 prot. n. 2628 del 14/03/2023 è stato chiesto parere all'ARAN circa la portata applicativa di tale regime transitorio. L'ARAN, con nota del 16/03/2023 assunta al prot. n. 2749 del 17/03/2023, ha fatto presente che "sulla materia oggetto del quesito si è reso necessario un approfondimento con interlocutori istituzionali del cui esito sarà cura della scrivente Agenzia darvi tempestiva notizia". Pertanto, si fa riserva di rimodulare la presente programmazione in base all'esito di tale approfondimento. Al momento, sono state previste nr. 9 progressioni nel triennio 2023-2025 applicando la riserva del 50 per cento all'accesso dall'esterno, calcolando la quota di riserva per profilo professionale nell'ambito delle nuove aree.

Di seguito viene riportata una tabella dove viene evidenziato, per ciascun profilo professionale relativo al personale dipendente e al personale veterinario convenzionato il confronto tra le unità presenti al 31/12/2018, 31/12/2022 e il triennio 2023-2025, tenendo conto delle assunzioni dall'esterno e le cessazioni previste nell'arco temporale del piano:

N.B. LA PRESENTE TABELLA NON INCLUDE LE MOVIMENTAZIONI DI PERSONALE PRODOTTE DALLE PROGRESSIONI VERTICALI

PROFILI PROFESSIONALI	UNITA' DI PERSONALE AL 31/12/2018 COME DA DELIBERAZIONE COMMISSARIALE NR. 934/2019 (PTFT 2019-20221)	UNITA' DI PERSONALE AL 31/12/2022	CESSAZIONI 2023	ASSUNZIONI 2023 - DA PTFF 2019-2021	ASSUNZIONI 2023 DA PTFF 2022-2024	ASSUNZIONI 2023 DA PTFF 2023-2025	CESSAZIONI 2024	ASSUNZIONI 2024	CESSAZIONI 2025	ASSUNZIONI 2025	TOTALE UNITA' IN SERVIZIO IN ESECUZIONE DEL PTFT 2023-2025
DIRETTORE AREA SANITARIA*	10	14	-1			1					14
DIRIGENTE VETERINARIO	25	20									20
DIRIGENTE SANITARIO BIOLOGO	14	11				2			-2	2	13
DIRIGENTE SANITARIO CHIMICO	1	1				1					2
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	4	3	-1	2	1						5
DIRIGENTE PROFESSIONALE - INGEGNERE	1	1									1
TOTALE DIRIGENZA	55	50	-2	2	1	4			-2	2	55
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO SENIOR	19	13	-1								12
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE SENIOR	5	4	-2								2

PROFILI PROFESSIONALI	UNITA' DI PERSONALE AL 31/12/2018 COME DA DELIBERAZIONE COMMISSARIALE NR. 934/2019 (PTFT 2019-20221)	UNITA' DI PERSONALE AL 31/12/2022	CESSAZIONI 2023	ASSUNZIONI 2023 – DA PTFT 2019-2021	ASSUNZIONI 2023 DA PTFT 2022-2024	ASSUNZIONI 2023 DA PTFT 2023-2025	CESSAZIONI 2024	ASSUNZIONI 2024	CESSAZIONI 2025	ASSUNZIONI 2025	TOTALE UNITA' IN SERVIZIO IN ESECUZIONE DEL PTFT 2023-2025
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	68	66		2			-1	3	-1		69
DIETISTA	1	1									1
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO										1	1
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - BIOTECNOLOGO										2	2
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - CHIMICO								2			2
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INFORMATICO	6	5								1	6
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INGEGNERE								1			1
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - NATURALISTA		1									1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	22	21	-1			2					22
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE - STATISTICO	4	4									4
ASSISTENTE TECNICO - AGROTECNICO	23	21			1						22
ASSISTENTE TECNICO - GEOMETRA	1	1									1
ASSISTENTE TECNICO -	2	2									2

PROFILI PROFESSIONALI	UNITA' DI PERSONALE AL 31/12/2018 COME DA DELIBERAZIONE COMMISSARIALE NR. 934/2019 (PTFT 2019-20221)	UNITA' DI PERSONALE AL 31/12/2022	CESSAZIONI 2023	ASSUNZIONI 2023 - DA PTFP 2019-2021	ASSUNZIONI 2023 DA PTFP 2022-2024	ASSUNZIONI 2023 DA PTFP 2023-2025	CESSAZIONI 2024	ASSUNZIONI 2024	CESSAZIONI 2025	ASSUNZIONI 2025	TOTALE UNITA' IN SERVIZIO IN ESECUZIONE DEL PTFP 2023-2025
GESTIONE IMPIANTI											
ASSISTENTE TECNICO - PERITO CHIMICO	16	16		1			-1				16
ASSISTENTE INFORMATICO	3	2									2
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	5	7					-1	1			7
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - AUTISTA	2	1									1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - CENTRALINISTA	1	1									1
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - LABORATORIO	7	7									7
COADIUTORE AMMINISTRATIVO SENIOR	19	16						1	-1	1	17
OPERATORE TECNICO	5	4									4
OPERATORE TECNICO - ADDETTO ALLA SANITA' VETERINARIA						4					4
OPERATORE TECNICO - CENTRALINISTA	1	1									1
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	22	22	-1			4	-1				24
TOTALE COMPARTO	232	216	-5	3	1	10	-4	8	-2	5	232
VETERINARI CONVENZIONATI	19	18									18
TOTALE DIPENDENTI DI RUOLO + CONVENZIONATI	306	284	-7	5	2	14	-4	8	-4	7	305



*I DIRETTORI DI AREA SANITARIA AL 31/12/2022 SONO COMPOSTI DA NR. 12 DIRIGENTI VETERINARI E NR. 2 DIRIGENTI SANITARI BIOLOGI.

I DATI RISULTANTI DALLE PROGRESSIONI VERTICALI INTERNE SARANNO INSERITI A PROCEDURE ULTIMATE.

Il presente piano ha valore meramente programmatico e le assunzioni ivi previste sono comunque subordinate alla sostenibilità finanziaria da parte del bilancio di previsione annuale dell'ente.

Il PTFP sarà trasmesso, per gli adempimenti di competenza:

all'Assessorato per la Salute della Regione Siciliana ai sensi di quanto previsto dalle "Linee di indirizzo" di cui al Decreto Ministeriale 8 maggio 2018 e dall'art. 16, comma 8, della Legge Regionale n. 5 del 14/04/2009;

alla Ragioneria Generale dello Stato, entro trenta giorni, tramite la piattaforma SICO, ai sensi dell'art.6-ter del D. Lgs nr.165/2001, come introdotto dal D. Lgs nr.75/2017, secondo le istruzioni previste nella circolare RGS nr.18/2018.

Presso questo IZS, opera anche il personale della cosiddetta "Piramide della ricerca". Trattasi di personale dedicato esclusivamente alla ricerca che è stato assunto con un contratto a tempo determinato di 5 anni (c.d. contratto "piramide") definito dalla legge di bilancio 2018 (art. 1 c. 422-434 L. 205/2017).

Al 31 dicembre 2022, sono in servizio 16 ricercatori sanitari e n. 4 collaboratori professionali di ricerca sanitaria.

Ai sensi dell'art.1, comma 434 della Legge n. 205/2017 i contratti di lavoro a tempo determinato sottoscritti con il predetto personale sono stipulati in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

Nel 2022 è stata data attuazione al "Piano straordinario del fabbisogno del personale della ricerca" approvato con delibera n. 117 del 17/02/2022 che ha previsto l'arruolamento di ulteriore personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria, per n. 20 unità complessive secondo quanto di seguito riportato. Approvati i bandi concorso con delibera commissariale n. 398 del 8/6/2022, le relative procedure concorsuali sono in corso.

Collaboratori professionali di ricerca sanitaria, cat. D:

n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria nel settore comunicazione internazionale delle attività di ricerca;

n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria nel settore supporto tecnico giuridico;

n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria nel settore statistico economico;

n.1 Collaboratore professionale di ricerca sanitaria nel settore tecnologie informatiche;

Ricercatori, cat. DS:

n.5 posti di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds, per laureati in Scienze Biologiche;

- n.4 posti di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds per laureati in Medicina Veterinaria;
- n. 2 posti di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds, per laureati in Scienze Naturali;
- n.1 posto di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds, per laureati in Scienze e Tecnologie Agrarie;
- n.1 posto di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds, per laureati in Scienze Ambientali o Scienze Forestali;
- n.1 posto di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds, per laureati in Scienze e Tecnologie delle Produzioni Animali;
- n.2 posti di Ricercatore Sanitario - ctg. D, livello Ds, per laureati in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche o Farmacia.

La formazione dell'IZS della Sicilia è orientata dalle priorità strategiche dell'Ente ed è principalmente rivolta al potenziamento delle competenze tecniche e trasversali. Al fine di indagare le esigenze formative del personale viene effettuata un'indagine con cadenza annuale che consente di raccogliere una serie di informazioni necessarie alla formulazione del Piano Formativo Aziendale (PFA).

Tutte le attività operative inerenti alla gestione del processo formativo dalla realizzazione, all'erogazione ed infine alla rendicontazione sono di competenza dell'U.O. Sistema Qualità Formazione Permanente ed Aggiornamento del Personale, afferente alla Direzione Generale, la quale si avvale della collaborazione di alcune figure significative per la governance del processo stesso.

L'analisi dei fabbisogni organizzativi identifica le esigenze di formazione che derivano dalle scelte strategiche; l'analisi dei fabbisogni professionali rileva le esigenze di formazione che provengono dalla valutazione delle posizioni ricoperte dai professionisti, mettendo in evidenza eventuali gap tra i compiti e le performance realizzate rispetto a quelle desiderate; l'analisi dei fabbisogni individuali consente di evidenziare le esigenze formative della singola persona, definite in base a quanto stabilito dalla posizione ricoperta.

Nell'ambito delle strategie formative, è intendimento della Direzione strategica, valorizzare il ricorso alle progressioni economiche all'interno delle aree, mediante l'attribuzione dei "differenziali economici di professionalità" ai dipendenti del comparto, secondo la disciplina prevista dall'art. 19 del sopra citato CCNL che demanda alla contrattazione collettiva decentrata la definizione delle quote di risorse da destinare a tale istituto contrattuale, secondo i criteri stabiliti nel medesimo articolo ed eventuali ulteriori criteri di priorità in caso di parità di punteggi.

3.4 Sottosezione Piano Triennale delle Azioni Positive

Il presente Piano di Azioni Positive 2023-2025 rappresenta un aggiornamento del precedente Piano adottato per il triennio 2020-2022 in una visione di continuità sia programmatica che strategica ed è rivolto a promuovere all'interno dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia (I.Z.S.) l'attuazione di obiettivi di parità e pari opportunità come impulso alla conciliazione tra vita privata e lavoro, per sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione. L'Istituto, consapevole dell'importanza di dotarsi di uno strumento che dia sistematicità e organicità alle azioni finora intraprese a compimento delle tematiche sopra richiamate, adotta il presente Piano, che si pone, in linea con i contenuti del Piano della Performance e del Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, come strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della Pubblica Amministrazione, diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

Quadro normativo di riferimento

Nel corso degli anni il legislatore ha provveduto a emanare una serie di norme quali strumenti fondamentali per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo. Ai fini della realizzazione di una parità sostanziale, particolare rilievo assumono le "azioni positive", introdotte nel nostro ordinamento dalla legge 10 aprile 1991, n. 125 e ora disciplinate dagli artt. 44 e ss. del "Codice delle pari opportunità".

Il Piano, quindi, nasce come evoluzione della disciplina sulle pari opportunità che trova il suo fondamento in Italia nella citata legge 10 aprile 1991, n. 125 recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro". Successivamente, il d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, abrogato dall'art. 72 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", anche conosciuto come "Testo Unico del Pubblico Impiego" (TUPI), ha esteso anche alle pubbliche amministrazioni il compito di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro. L'art. 7 del d.lgs. 23 maggio 2000, n. 196 recante "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive" introduce, tra l'altro, per la pubblica amministrazione piani di azioni positive al fine di assicurare la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.

Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo all'art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione, predisponga un Piano di Azioni Positive volto a "assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" prevedendo, inoltre, azioni che favoriscano il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche. Tali piani hanno durata triennale.

La definizione giuridica di "azioni positive" viene specificata, dall'art. 42 "Adozione e finalità delle azioni positive" del decreto legislativo sopra citato e vengono intese come misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro; trattasi di misure "speciali" e non

generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta e sono infine "temporanee" in quanto necessarie fino al momento in cui si rileva una disparità di trattamento.

La Direttiva 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE indica come sia importante il ruolo che le amministrazioni pubbliche ricoprono nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e delle valorizzazioni delle differenze nelle politiche del personale.

La direttiva si pone l'obiettivo di fare attuare completamente le disposizioni normative vigenti, facilitare l'aumento della presenza di donne in posizioni apicali, sviluppare "best practices" volte a valorizzare l'apporto di lavoratrici e lavoratori, orientare le politiche di gestione delle risorse umane secondo specifiche linee di azione.

Anche il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nell'introdurre il ciclo di gestione della performance richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo inoltre che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l'altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Anche l'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 (cd. "Collegato Lavoro") è intervenuto in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle Pubblica Amministrazione apportando modifiche rilevanti agli artt. 1, 7 e 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Più in particolare, il novellato art. 7 introduce l'ampliamento delle garanzie, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione che possa discendere da tutti quei fattori di rischio più volte enunciati dalla legislazione comunitaria, esplicitando che le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativa all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, estendendo il campo di applicazione nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro.

Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno.

La questione della parità e delle pari opportunità quindi entra a pieno titolo in una normativa di carattere generale tra i fattori che condizionano il funzionamento organizzativo, allargando inoltre, l'ambito di tutela, individuando ulteriori fattispecie di discriminazioni, rispetto a quelle di genere, a volte meno visibili, quali, ad esempio, gli ambiti dell'età e dell'orientamento sessuale, oppure quello della sicurezza sul lavoro.

È notorio, infatti, che un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è un ambiente nel quale si ottiene un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività, che di appartenenza.

Su quest'ultimo punto merita di essere citato anche l'art. 28, comma 1 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), che ha reso esplicito l'obbligo

di valutare in un'ottica di genere e di verificare ed aggredire il rischio da stress lavoro-correlato quando esso emerga. La norma prevede, infatti, che "La valutazione di cui all'art. 17, comma 1, lettera a), [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, [...] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, [...] quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro". La stessa legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, ex novo, un obbligo avente natura giuridica riguardante il generare, nelle organizzazioni pubbliche, benessere organizzativo.

Prevedendo lo stesso art. 7 comma 1 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato dall'art. 21 della legge ora citata che "le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo" si delineano quindi nuove prospettive di implementazione delle azioni positive che sono da intendersi volte ad accrescere il benessere di tutti i lavoratori.

Nel quadro di riferimento si aggiunge il d.lgs. 15 giugno 2015 n. 80, recante "Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell'art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183" con il quale sono state introdotte, tra l'altro, misure volte alla tutela della maternità rendendo più flessibile la fruizione dei congedi parentali, favorendo le opportunità di conciliazione tra la generalità dei lavoratori e, in particolare, delle lavoratrici.

Il d.lgs. 12 maggio 2016, n. 90, che ha introdotto l'art. 38 septies, "Bilancio di genere" nella legge di contabilità e finanza pubblica n. 196/2009. In base a tale articolo, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha avviato "un'apposita sperimentazione dell'adozione di un bilancio di genere, per la valutazione del diverso impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro non retribuito, per determinare una valutazione del diverso impatto delle politiche di bilancio sul genere".

Inoltre, la Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo recante "Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale", la quale auspica l'innescio di un processo di riorganizzazione della situazione a livello di equilibrio tra vita privata e vita professionale di donne e uomini in Europa e mira a contribuire al conseguimento dei livelli più elevati di parità di genere.

Tale Risoluzione individua e suggerisce possibili collegamenti delle misure di conciliazione lavoro - famiglia con le esigenze di organizzazione flessibile, nonché con il recupero di produttività e di competitività aziendale, sottolineando che la conciliazione tra vita professionale, privata e familiare, deve essere garantita quale diritto fondamentale di tutti.

Si evidenzia poi la Direttiva 2/19 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" adottata dal Ministro per la pubblica amministrazione il 26 giugno 2019, che definisce nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità.

In materia di lavoro agile nella P.A., infine, va rammentata la legge 22 maggio 2017, n. 81, la Direttiva 3/17 del Ministro per la Pubblica Amministrazione.

Articolazione del Piano Azioni Positive 2023-2025

Il Comitato Unico di Garanzia dell'IZS Sicilia, alla luce della normativa vigente, continua a dimostrarsi sempre attento ai temi della conciliazione vita-lavoro, della promozione della cultura di

genere e della valorizzazione delle differenze, con particolare attenzione al benessere organizzativo continuando a promuovere azioni finalizzate alla creazione di un ambiente di lavoro sano e rispettoso. Attraverso l'implementazione delle azioni contenute nel presente documento, il Comitato Unico di Garanzia dell'IZS Sicilia riconosce centralità alle tematiche dello stress da lavoro correlato e del benessere delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro, interpretati nelle loro dimensioni individuali, di gruppo e organizzative come presupposti imprescindibili per progettare e realizzare interventi preventivi di promozione della salute fisica e psicologica.

Di seguito sono ridefinite le **5 macro aree di intervento del presente Piano di Azioni Positive 2023-2025**:

- A) Benessere organizzativo;
- B) Promozione di misure di pari opportunità e conciliazione famiglia/lavoro;
- C) Formazione e aggiornamento;
- D) Sensibilizzazione informazione e comunicazione;
- E) Indagine di clima della realtà aziendale, per meglio definire opportune azioni di intervento in materia di benessere organizzativo e stress lavoro correlato.

Obiettivo A.

Benessere organizzativo

Relativamente a questa area di intervento è necessario evidenziare che si tratta di un tema ampio e complesso, fortemente condizionato nella sua percezione, dalle scelte assunte, da parte dell'Ente e dei dirigenti, in relazione a condivisione delle informazioni, partecipazione a corsi di formazione, condivisione di progetti, riconoscimenti del lavoro svolto, ecc.

Le risorse umane che operano presso l'IZS Sicilia negli ultimi 5 anni sono diminuite numericamente e anche l'età media è aumentata considerevolmente; si evidenzia inoltre che le difficoltà nel procedere a nuove assunzioni hanno, oggettivamente, determinato un aumento esponenziale del carico di lavoro dei dipendenti.

Di seguito elencate le azioni positive proposte in questo ambito:

Azione A1: Promozione stili di vita salutari

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025

-Promozione stili di vita attivi e salutari (corsi di corretta postura e attività fisica correttiva). -corsi di mindfulness	Stipula di convenzioni con palestre e/o centri di ginnastica posturale	-Direzione Generale e Amministrativa -Area Gestione Risorse Economiche	Da quantificar e in base alle richieste	Numero di richieste autorizzate rispetto al totale possibile	X	X	X
--	--	---	---	--	---	---	---

Azione A2: Stipula di una polizza sanitaria per il personale dipendente

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Proposta di stipula di polizze sanitarie destinate al personale dipendente	Valutazione esplorativa da parte dell'Ufficio competente per la fattibilità della proposta	✓ Direzione Generale e Amministrativa ✓ Area Gestione Risorse Economiche	Da quantificare in base alle richieste	Numero di richieste autorizzate rispetto al totale possibile	X	X	X

Obiettivo B.

Promozione di misure di pari opportunità e conciliazione famiglia/lavoro.

Nel contesto organizzativo aziendale le risorse umane rivestono un ruolo chiave per il loro successo e di conseguenza è necessario il raggiungimento dell'equilibrio tra vita privata professionale e quella privata incoraggiando, l'adozione di modelli organizzativi ben più elastici e dinamici tali da favorire tanto la produttività quanto un'effettiva conciliazione fra vita e lavoro, la cosiddetta “work-life balance”.

Nella definizione di “work-life balance” rientrano tutte quelle forme di conciliazione fra lavoro e vita privata quali lavoro agile, ferie solidali, sostegno alla genitorialità, legge 104/92, etc...dei quali alcuni già previsti e regolamentati dai CC.NN.LL. di settore; esse si dimostrano una concreta soluzione non solo alle esigenze individuali di lavoratrici e lavoratori ma soprattutto si configurano come efficace strumento di incremento della produttività.

Il lavoro agile (c.d. smart working) rappresenta una diversa modalità di svolgere il proprio lavoro attraverso strumenti digitali che consentono di superare difficoltà familiari, fisiche della/del dipendente o distanza dal luogo di lavoro consentendo una riduzione delle emissioni di CO2 con impatto positivo sull'ambiente.

La possibilità di consentire ad alcuni dipendenti di espletare la propria attività lavorativa in “smart working”, privo di rigide fasce orarie, svincolato da una collocazione fisica definita,

si traduce in una riduzione del tasso di assenteismo, di turn-over del personale e complessivamente un miglioramento per la produttività dell’Istituto. Si ritiene importante garantire ai dipendenti dell’IZS Sicilia un ambiente lavorativo attento al benessere del lavoratore in cui al centro si pone la ricerca dell’equilibrio tra vita privata e lavoro.

Le organizzazioni lavorative non possono più ignorare – a nostro avviso – l’esistenza di situazioni che interferiscono in modo pesante nella vita quotidiana delle persone e che sono state aggravate dalla crisi economica da una parte e dallo slittamento dell’età pensionabile, dall’altra, costringendo molti lavoratori a farsi carico in prima persona della cura di figli e genitori anziani e disabili.

Purtroppo è un dato di fatto che presso l’IZS Sicilia pochissimi sono i dipendenti sotto i 25/30 anni. Si prevede, pertanto, di promuovere ed incrementare la modalità di lavoro agile, in linea con la normativa vigente che possano essere utili alla conciliazione dei tempi-famiglia-lavoro-disabilità’.

Il CUG ritiene opportuno utilizzare la modalità di lavoro agile anche in futuro, a prescindere dalla situazione epidemiologica da Covid 19 mediante stipula di accordi individuali con i lavoratori potenziali che ne facciano espressa richiesta.

Di seguito elencate le azioni positive proposte in questo ambito:

Azione B1: promozione di strumenti di lavoro per una maggiore conciliazione vita personale/professionale

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Possibilità di svolgere attività lavorativa in smart working alle figure professionali individuate nel POLA IZS Sicilia.	Stipula Contratti individuali fra Ente e lavoratore	-Area Gestione Risorse Umane -Gruppo di settore CUG	Nessuno	15% dei lavoratori sul totale richiedenti	X	X	X

Azione B2: Adeguamento all’art. 39-ter D. Lgs. n. 165 /2001

Le Amministrazioni pubbliche con più di 200 dipendenti, nell’ambito delle proprie risorse (umane/economiche etc..) senza ulteriore aggravio di oneri a carico della finanza pubblica, sono tenute alla nomina del “Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità” ai sensi del Decreto Legislativo n. 165/2001 ex art. 39 ter, ai fini di una efficace integrazione delle persone con disabilità nell’ambito del contesto organizzativo aziendale.

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno
----------	------------------	--------------------	-------	------------	------

					2023	2024	2025
Adeguamento all'art.39-ter D. Lgs. n. 165/2001	Nomina Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità	Area Gestione Risorse Umane	Nessuno	Delibera del Commissario Straordinario	X	X	X

Azione B3: Consultazione della Consigiera di Fiducia IZS Sicilia da parte del personale delle Aree Territoriali (Messina Catania, Caltanissetta, Ragusa).

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Giustificazione di assenza dal servizio per consultazione della Consigiera di Fiducia da parte del personale delle Aree Territoriali (Messina, Catania, Caltanissetta, Ragusa)	Inserimento giustificativi sull'applicativo o IRISWEB del relativo giustificativo	Direzione Generale Area Gestione Risorse Umane Gestore software IRISWEB	Nessuno	Lavoratori giustificati per assenza dal servizio.	X	X	X

Azione B4: Istituzione Parcheggi "ROSA"

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Istituzione dei parcheggi ROSA per le donne in stato di gravidanza	Aree di parcheggio individuate da apposita cartellonistica	Direzione Generale Area Affari generali, legali e contenzioso.	Nessuno	Numero di lavoratrici autorizzate dalla Direzione Generale ad usufruire dei parcheggi rosa	X	X	X

Obiettivo C.

Formazione di tutto il personale nelle materie di competenza del CUG.

La Direttiva PCM n.2/2019 sottolinea l’importanza della sensibilizzazione, formazione, e l’informazione sulle tematiche inerenti agli ambiti d’interesse dei Comitati Unici di Garanzia comprese le politiche di pari opportunità e di conciliazione dei tempi di vita/lavoro.

L’attività formativa ed informativa, attraverso seminari, convegni, corsi, anche in modalità FAD, sarà destinata a tutto il personale dell’IZS Sicilia, ivi comprese le funzioni apicali/dirigenziali, per contribuire in modo concreto allo sviluppo di un cambiamento culturale orientato al superamento di stereotipi e al rispetto della parità.

La direttiva PCM n.2/19 raccomanda fortemente l’approfondimento del tema rivolto al contrasto della violenza di genere con l’inserimento di adeguati moduli in tutti i programmi formativi (art.7 comma 4, del D. Lvo n. 165/2001) correlandoli, ove possibile agli adempimenti previsti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lvo 81/08 art. 28 art.28, comma 1); all’uopo, saranno programmati, in collaborazione con l’U.O. Formazione e aggiornamento del personale IZS Sicilia, facendo ricorso a risorse interne (membri del CUG) per specifici incontri formativi.

Attività C1: informazione dei dipendenti circa il ruolo del CUG, tematiche di pari opportunità, medicina di genere, prevenzione e contrasto delle violenze morali e psicologiche sui luoghi di lavoro, inclusione lavorativa dei lavoratori con disabilità e benessere organizzativo.

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Organizzazione di eventi formativi in presenza e/o in modalità FAD	Svolgimento eventi formativi	-Area Gestione Risorse Umane -U.O. Sistema Qualità aggiornamento e formazione del personale.	Q.N. (Quanto Necessario)	Realizzazione dell'evento	X	X	X

Obiettivo D.

Sensibilizzazione informazione e comunicazione

Attività D1: Realizzazione di un opuscolo informativo sui compiti della Consigliera di Fiducia IZS Sicilia e del CUG IZS Sicilia

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno
----------	------------------	--------------------	-------	------------	------

					2023	2024	2025
Realizzazione di un opuscolo informativo sui compiti della Consigliera di Fiducia IZS Sicilia e del CUG IZS Sicilia	Stampa e divulgazione presso l'IZS Sicilia di un opuscolo informativo	- CUG - Direzione Generale - Area Approvvigionamenti	Q.N. (Quanto Necessario)	Produzione dell'opuscolo	X	X	X

Attività D2: Produzione di materiale divulgativo/informativo per il contrasto alla violenza contro le donne sui luoghi di lavoro e del contatto telefonico 1522

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Realizzazione di un opuscolo informativo /informativo per il contrasto alla violenza contro le donne sui luoghi di lavoro e del contatto telefonico 1522	Stampa e divulgazione presso l' IZS Sicilia di un opuscolo informativo	- CUG - Direzione Generale - Area Approvvigionamenti - CED	Q.N. (Quanto Necessario)	Produzione dell'opuscolo	X	X	X

A completamento della suddetta misura si propone l’attivazione di una casella di posta elettronica dedicata al ricevimento delle segnalazioni; quanto sopra in attuazione al “Protocollo di contrasto alla violenza contro le donne sui luoghi di lavoro” promosso dalla rete Nazionale dei CUG, Ministero della Pubblica Amministrazione e Ministero delle Pari Opportunità e la Famiglia.

Obiettivo E

Indagine di clima della realtà aziendale, per meglio definire opportune azioni di intervento in materia di benessere organizzativo e stress lavoro correlato.

Le indagini conoscitive della realtà dell’IZS Sicilia condotte sul personale attraverso sondaggi, interviste o elaborazioni statistiche consentono di acquisire una serie di informazioni che potranno essere utilizzate per elaborare misure di prevenzione e contrasto allo stress lavoro-correlato migliorando quindi il benessere organizzativo dei dipendenti.

Attività E1: Indagini di clima nel contesto lavorativo dell’IZS Sicilia

Attività	Risultato atteso	Soggetti coinvolti	Costi	Indicatori	Anno		
					2023	2024	2025
Indagini di clima lavorativo mediante somministrazione al personale di questionari informatici in modalità anonima	Redazione e predisposizione della piattaforma GOOGLE per la somministrazione dei questionari	-Componente CUG - CED	Nessuno	Compilazione dei questionari da parte dei dipendenti	X	X	X

Strumenti e verifica

Il Piano Azione Positive ha validità triennale e costituirà parte integrante del PIAO (Piano Integrato di Attività e organizzazione) e verrà pubblicato sul sito istituzionale dell’ IZS Sicilia; qualora durante la fase di monitoraggio e/o nella fase di verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi ivi descritti (obiettivi non pienamente raggiunti), si ravvisasse la necessità di una revisione, questo documento potrà essere opportunamente modificato alla luce di sopraggiunte esigenze e/o variazioni tecnico-organizzative.

Il monitoraggio da parte della Direzione Strategica dell’IZS Sicilia circa la piena attuazione del presente Piano di Azioni Positive avverrà attraverso la compilazione della sezione 2. “Azioni realizzate e risultati raggiunti” contenuta nell’allegato 1 del DCPM n. 2/19 e nella sezione 3. “Azioni da realizzare” del medesimo allegato alla direttiva verranno individuate per l’anno in corso.

L’amministrazione fornirà al CUG entro il 1° marzo dell’anno successivo a quello di riferimento, tutte le informazioni necessarie, compresi i dati sul personale, per la compilazione della Relazione Annuale che dovrà essere redatta, approvata e inoltrata agli organi competenti entro il 30 marzo dell’anno successivo a quello di riferimento.

SEZIONE DI PROGRAMMAZIONE 4. MONITORAGGIO

Per il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance” l’IZS Sicilia, in coerenza con quanto stabilito dagli articoli 6 e 10 comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance, si avvarrà dell’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che intende adottare il modello della valutazione partecipativa.

Tale metodo, oltre ad essere caratterizzato da alcuni elementi di base (annualità, responsabilizzazione, privacy e sicurezza, verificabilità), si fonda sui criteri della rilevanza, in quanto sono oggetto di valutazione partecipativa le Aree Aziendali della Dirigenza e del Comparto con Posizione

Organizzativa e della trasparenza, in quanto le fasi, gli esiti del processo di valutazione sono resi pubblici, non solo per la platea dei diretti interessati alla materia oggetto di consultazione, ma per tutti i cittadini attraverso la validazione della Relazione sulla Performance pubblicata in "Amministrazione Trasparente". Elemento cardine, inoltre, è l'inclusione, in quanto l'amministrazione garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia accessibile, inclusiva e aperta, assicurando uguale possibilità di partecipazione a tutte le parti interessate. Per favorire il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti esterni ed interni al processo di misurazione della performance organizzativa, l'amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e sviluppa forme di partecipazione.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e Capitale Umano", il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato, su base triennale, dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Infine, il monitoraggio della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" verrà effettuata in base alle indicazioni dell'ANAC.

4.1 Sottosezione Monitoraggio ciclo di gestione delle performance

Il processo di attuazione del Ciclo di Gestione della Performance prevede un monitoraggio durante l'esercizio sui dati relativi alle performance che viene effettuato, sulla base di quanto stabilito dall'art 4 D. Lgs. n.150/2009 lett. c). Il monitoraggio è finalizzato al controllo dell'andamento degli obiettivi, evidenziando eventuali scostamenti e la necessità di interventi correttivi atti a rimodulare i contenuti della programmazione.

A conclusione dell'esercizio sulla base dei risultati conseguiti si valuta la correttezza e validità delle strategie messe in atto e la congruità dei mezzi strumentali alla loro realizzazione.

In questa ottica la relazione sulla performance permette una immediata e facile comprensione dello stato delle performance a tutti gli stakeholder interni ed esterni dell'ente, nonché degli scostamenti e relative cause del livello di performance atteso e conseguito.

Il Ciclo di gestione parte dalla definizione del Piano delle Performance e finisce con la stesura della Relazione sulle Performance, con la conseguenziale validazione da parte dell'O.I.V., costituendo condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività. La verifica del sistema premiante viene effettuata con cadenza annuale, come valutazione degli obiettivi, misurazione del grado di raggiungimento degli stessi e della performance raggiunta, sia organizzativa che individuale.

La verifica del grado di attuazione degli obiettivi definiti in fase di programmazione avviene mediante la fase di monitoraggio che è una delle fasi previste nel Ciclo della performance.

La fase del monitoraggio rappresenta il controllo periodico svolto dall'Amministrazione e risponde a due principali obiettivi:

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

Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è previsto il monitoraggio intermedio alla data del 31 agosto e quello finale alla data del 31 dicembre.

A seguito del monitoraggio intermedio viene predisposta una Relazione di monitoraggio utile a rendere noto lo stato di avanzamento degli obiettivi fissati in fase di programmazione e le possibili situazioni di criticità che si sono presentate.

Con il monitoraggio finale, invece, i dati raccolti vengono utilizzati per la stesura della Relazione annuale sulla performance che conclude la fase della rendicontazione e rappresenta il completamento del ciclo della performance (avviato con il Piano della performance dell'anno precedente).

La Relazione, che deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, gli eventuali scostamenti e le relative cause, è, quindi, un valido strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, esterni ed interni, i risultati ottenuti nel periodo considerato.

4.2 Sottosezione Monitoraggio trasparenza e anticorruzione

Il monitoraggio sull'attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza e integrità viene svolto dal RPCT.

Il monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione è predisposto annualmente dal RPCT tramite la Relazione Annuale di cui all'art. 1, comma 14, L. 190/2012;

In conformità a quanto stabilito dall'art.43 del d.lgs. n.33/2013, tenuto conto altresì di quanto indicato dal PNA 2022 che conferma il compito del RPCT di "[...] svolgere stabilmente un'attività di monitoraggio sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, cui consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità all'OIV, all'organo di indirizzo politico, all'Autorità nazionale anticorruzione o all'ufficio di disciplina [...]", il RPCT dell'Istituto provvede in materia di pubblicazione, a monitoraggi con cadenza almeno semestrale dei contenuti pubblicati. In particolare, il RPCT con il necessario supporto dei referenti e dei Dirigenti/Direttori responsabili delle pubblicazioni, provvede alla verifica sia del rispetto degli aggiornamenti fissati nell'elenco degli obblighi di pubblicazione, sia della qualità e della conformità dei dati e delle informazioni pubblicate nei termini della completezza e dell'idoneità dei formati secondo quanto normativamente disposto, con successiva attribuzione di un giudizio di idoneità/non idoneità per ogni contenuto pubblicato accompagnato da eventuale nota esplicativa. Ciò in conformità con quanto indicato all'articolo 6 del d.lgs. n.33/2013 e altresì ribadito nel PNA 2019 in cui si prevede che "[...] per evitare un adempimento solo formale degli obblighi, il RPCT verifica anche la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione. [...]". Dell'esito dei controlli viene dato riscontro formale a cura del RPCT ai dirigenti responsabili delle pubblicazioni e ai referenti, alle Direzioni, all'OIV, al Consiglio di Amministrazione e al Collegio dei Revisori dei Conti.

Le attività di audit (ricognizione e controllo) sui processi di sviluppo e attuazione degli adempimenti in materia di Trasparenza sono svolte anche dall'OIV che durante l'anno, anche in ottemperanza alle indicazioni dell'A.N.AC., rileva e attesta il livello di assolvimento degli obblighi di pubblicazione medesimi.

