



ISTITUTO ZOOPROFILATTICO
SPERIMENTALE DELLA SARDEGNA
"G. PEGREFFI"

PIAO

Piano Integrato di Attività
e Organizzazione

2024 / 2026

AGGIORNAMENTO 2024

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) – 2024/2026

Sommario

Premessa	4
1. SEZIONE: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
2. SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	7
2.2 Sottosezione di programmazione – Performance	35
2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza	71
2.3.1 Rischi corruttivi	71
2.3.2 Trasparenza.....	112
3. SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	137
3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa	137
3.2 Misure per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.....	145
3.3 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile.....	151
3.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	159
3.3.1 Formazione del personale.....	162
4. SEZIONE - MONITORAGGIO.....	172

Premessa

Il presente documento viene redatto in aggiornamento al Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvato dall'Istituto il 24.03.2023.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente.

Il PIAO, introdotto all'articolo 6 del Decreto Legge n. 80 del 2021, il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Il quadro normativo relativo al PIAO è stato completato con il DPR 81 del 30.06.2022, che dispone la soppressione degli adempimenti assorbiti, e con il DM 132 del 24.06.2022 che definisce i contenuti dello schema tipo.

Il PIAO 2024-2026 ricomprende e declina, in un'ottica di graduale integrazione e coordinamento, i seguenti contenuti:

- Il Piano Strategico 2022-2024, approvato con Delibera del Consiglio di Amministrazione n.1/2022;
- il Piano Performance 2024-2026;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2024-2026;
- il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024-2026 approvato con Determina n. 942 del 29/12/2023;
- il Piano Formativo Annuale (PFA) 2024, approvato con Determina del Direttore Generale n. 935 del 21/12/2023;
- il Piano delle Azioni Positive, come riconfermato dal PIAO - Aggiornamento 2023.

Il PIAO inoltre contiene:

- le disposizioni interne in materia di lavoro agile di cui alla nota prot. 1729/2022 e successive integrazioni, e l'Accordo Individuale aggiornato al nuovo CCNL;
- l'elenco delle principali procedure da semplificare e reingegnerizzare;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale;
- le indicazioni in materia di efficientamento energetico e strumenti incentivanti (Circolare FunzionePubblica n. 2/2022).

L'aggiornamento 2024 del PIAO IZS Sardegna si colloca in un momento particolarmente importante per l'Ente che sta affrontando una fase di profonda riorganizzazione.

Il Regolamento in tema di modello organizzativo ed ordinamento interno dei servizi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna è stato approvato con DGR della Regione Sardegna n. 29/10 del 08.09.2023 e sono, pertanto, in fase di lavorazione i documenti

attuativi.

In considerazione di questo delicato ed impegnativo percorso, il presente documento viene proposto in un'ottica di dinamicità che terrà conto dei successivi sviluppi dell'organizzazione interna e dell'impatto che gli stessi potranno avere sulle attività dell'Ente. A ciò si aggiunga l'attuale vacatio dell'organo di indirizzo per cui si è in attesa di nomina da parte dei competenti organi regionali.

Allegati:

- A) Regolamento "Sistema di misurazione e valutazione della performance" Determina n. 942 del 23/04/2018;
- B) Mod. CE Preventivo relativo all'anno 2024 adottato con Determina n. 943 del 29/12/2023;
- C) Tabella obblighi di pubblicazione allegata al PTPCT 2024_2026;
- D) Tabella obblighi di pubblicazione sez. Bandi di gara e Contratti dal 1° gennaio 2024;
- E) Piano Annuale della Formazione (PFA) del 2024 adottato con Determina del Direttore Generale n. 935 del 21/12/2023.

1. SEZIONE: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

DENOMINAZIONE	Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna "G. Pegreffi"
INDIRIZZO	Via Duca degli Abruzzi 8 - 07100 Sassari
PEC	protocollo@pec.izs-sardegna.it
PI/CF	00095630901
SITO WEB ISTITUZIONALE	www.izs-sardegna.it

Figura 1: Sede di via Duca degli Abruzzi - Sassari



Figura 2: Sede di via Vienna - Sassari



Le sedi nel territorio sono quattro, come da immagine che segue:

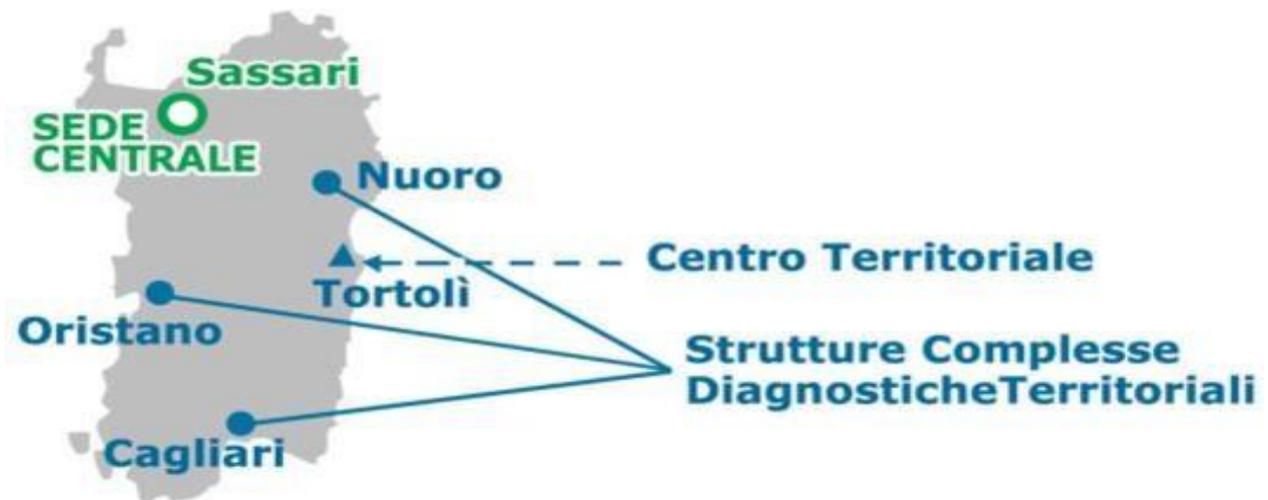


Figura 3 - Sedi territoriali

2. SEZIONE: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il contesto di riferimento

Sono profondi i cambiamenti che stanno interessando la sanità pubblica, il mondo delle filiere produttive, l'agroalimentare in generale e quindi anche il ruolo in termini di attività e di ricerca

dell'IZS della Sardegna. Cambiamenti dovuti non solo alle dinamiche provocate dalla pandemia da Sars Cov 2 ma anche alla costante e complessa presenza di pressioni sanitarie, sociali e professionali provenienti dal territorio regionale, nazionale, Europeo ed Internazionale. Da qui discendono una serie di implicazioni gestionali per il management sanitario, la cui analisi deve partire proprio dalla stessa comprensione delle sfide da fronteggiare.

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

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

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

Contesto produttivo

Secondo i dati Istat, al 1° gennaio 2023 la popolazione sarda è di 1.575.028 persone, con una prevalenza femminile (802.450) rispetto alla componente maschile (772.578).

Il numero di residenti è in costante calo rispetto agli ultimi anni, nel 2020 erano 1.611.211, con una diminuzione di oltre 36 mila persone, per una superficie pari a 24.090 km², pari all'8,0% del territorio italiano, ed una densità di circa 65,5 abitanti/km².

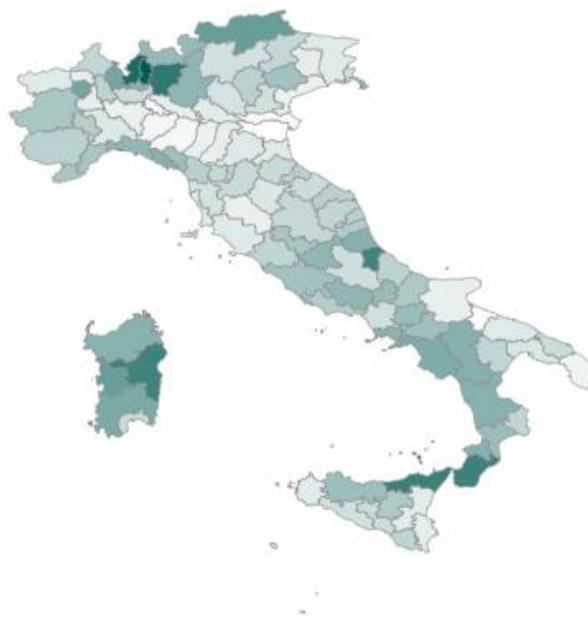
A livello di province, Sassari è la più popolosa con 473.629 abitanti a inizio 2023, seguita da Cagliari con 419.553, Sud Sardegna 333.621, Nuoro 198.184 e Oristano con 150.041 residenti. Negli ultimi quattro anni tutte le province sarde hanno perso un numero considerevole di residenti. In particolare, dal 2020 a gennaio 2023 Sassari e Sud Sardegna registrano circa 11 mila cittadini in meno, Nuoro circa 7 mila, Oristano circa 4 mila e Cagliari circa 3 mila.

Il comparto ovino

L'economia della Sardegna moderna è legata soprattutto al settore terziario e un settore importantissimo, collegato strettamente alla mission dell'Istituto, è quello dell'allevamento ed in particolare di quello ovino e caprino. In Sardegna si trova un terzo di tutti i capi ovini e caprini d'Italia per un totale di 15.432 allevamenti.

Figura 3: Densità allevamenti per KMQ Italia

DENSITÀ ALLEVAMENTI PER KMQ



1

L'analisi conferma la Sardegna leader in Italia nell'allevamento ovino e caprino, con una consistenza di capi allevati pari rispettivamente al 48,44% ed al 27,77% del totale nazionale. Per quanto riguarda la produzione e la trasformazione in Sardegna viene raccolto il 56,12% del latte ovino ed il 43,8% del latte caprino prodotto in Italia. La produzione regionale di formaggi ovini e caprini è stimata in 60.000 tonnellate, di cui circa 30.000 DOP (Denominazione di Origine Protetta).²

Il quadro del comparto regionale ha visto nel 2023 la presenza di 2.869.266 capi ovini e 277.391 caprini in 15.432 aziende. Nel dettaglio la ripartizione degli allevamenti e dei capi del comparto ovicaprino nell'ultimo anno ha mostrato che i capi sono orientati per il 30% nel territorio di Nuoro a seguire Sassari per il 14%, sud Sardegna il 25%, Oristano il 29% e Cagliari per il 2%.³

Tabella 1: Distribuzione allevamenti comparto ovicaprino

PROVINCIA	DENSITÀ ALLEVAMENTI	NUMERO ALLEVAMENTI	%
-----------	------------------------	-----------------------	---

¹ Grafico estratto da Sistema Informativo Veterinario – Statistiche BDN
https://www.vetinfo.it/j6_statistiche/#/report-pbi/29

² Comparto ovino, caprino e bovino da latte: i numeri in Sardegna – SardegnaAgricoltura – Regione Autonoma della Sardegna

³ Ogni allevamento è tenuto a registrare in BDN il censimento annuale nel mese di marzo di ogni anno; poiché l'obbligo non si applica agli allevamenti che aggiornano con regolarità il proprio registro di stalla in BDN, per questi ultimi il censimento è calcolato come il numero di capi identificati presenti al 31 marzo dell'anno corrente.

NUORO	0,8137	4.589	30%
ORISTANO	0,6944	2.111	14%
SUD SARDEGNA	0,6001	3.916	25%
SASSARI	0,5715	4.480	29%
CAGLIARI	0,0734	336	2%

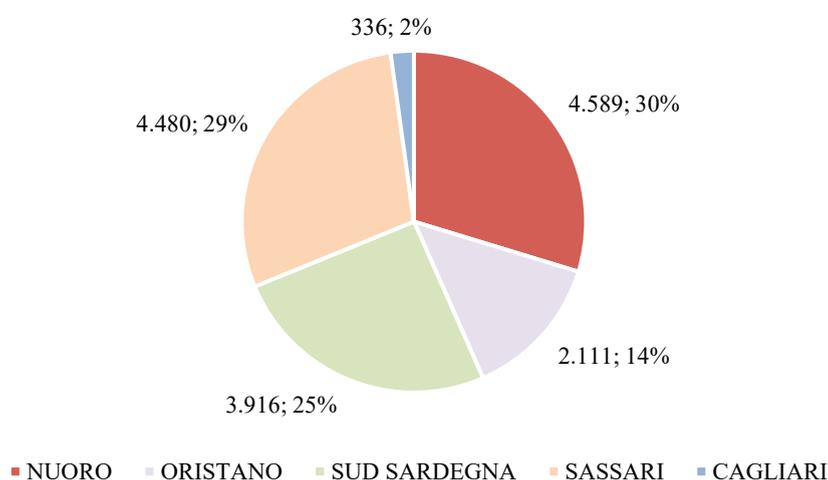
Nel dettaglio la mappa della regione Sardegna dove sono distribuiti gli allevamenti del comparto ovicaprini.

Figura 4: Rappresentazione della densità allevamenti per KMQ Sardegna

DENSITÀ ALLEVAMENTI PER KMQ

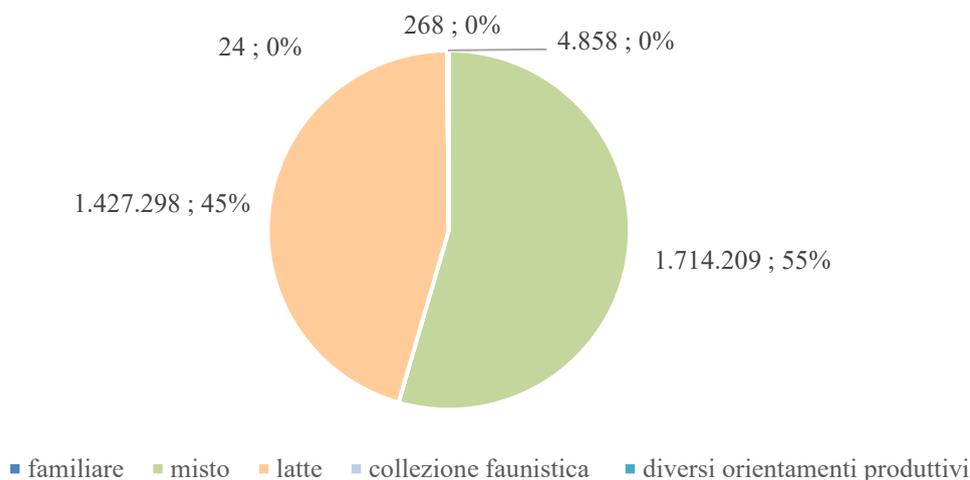


Figura 5: Densità degli allevamenti nelle province sarde



L'Allevamento ovicaprino in Italia ha dimensioni strutturali ed economiche simili e anzi superiori a quelle della Francia e della Spagna, ma storicamente non gode dell'attenzione che gli viene invece tributata in questi paesi.

Figura 6: Orientamento produttivo del comparto ovicaprino



Negli allevamenti del comparto ovino in Sardegna al 31/12/2023 sono presenti 2.869.266 capi, consistenza che denota una produzione principalmente destinata alla produzione mista per un 55% (1.714.209). produzione del latte per un 45% (1.427.298), diversi orientamenti produttivi per un 0,15% (4.858) produzione familiare per un 0,008% (268), e collezione faunistica diversa da giardino zoologico per un 0,001% (24).

Gli allevamenti bovini

Il comparto regionale è rappresentato da 9.250 allevamenti dove sono presenti 279.636 capi. La Sardegna si colloca al settimo posto in Italia per capi allevati dopo Lombardia, Piemonte,

Veneto, Emilia-Romagna, Campania e Sicilia.

Nonostante un moderato incremento della consistenza dei capi, negli ultimi dieci anni il numero di aziende ha subito una riduzione del 10,41% e la Sardegna continua ad importare circa l'1,56% da mercati nazionali ed esteri.

Come si evince dalla tabella che segue la densità degli allevamenti nella regione è distribuita in maniera disomogenea, Nuoro detiene il 32% degli allevamenti bovini con una dimensione aziendale di 101.044 capi, a seguire la provincia di Sassari con il 42% degli allevamenti e con 85.291 capi, la provincia di Oristano con il 13,5% degli allevamenti e 59.924 capi, il Sud Sardegna con l'11,7% e 31.492 capi, ed infine Cagliari con lo 0,8% e 1.885 capi bovini. La quota di latte vaccino raccolto in Sardegna rappresenta l'1,85% del totale nazionale. Una quota considerevole di prodotto è lavorata dalla cooperativa Assegnatari Associati Arborea (OR), azienda al sesto posto tra gli acquirenti di latte in Italia. La provincia di Oristano, in particolare, concentra il maggior numero di allevamenti da latte (35% delle aziende e 73% dei capi da latte), mentre Nuoro (33% degli allevamenti e il 39% dei capi da carne) e Sassari registrano il maggior numero di aziende con bovini da carne (38,5% degli allevamenti e il 33% dei capi da carne).

Tabella 2: Distribuzione allevamenti comparto bovino

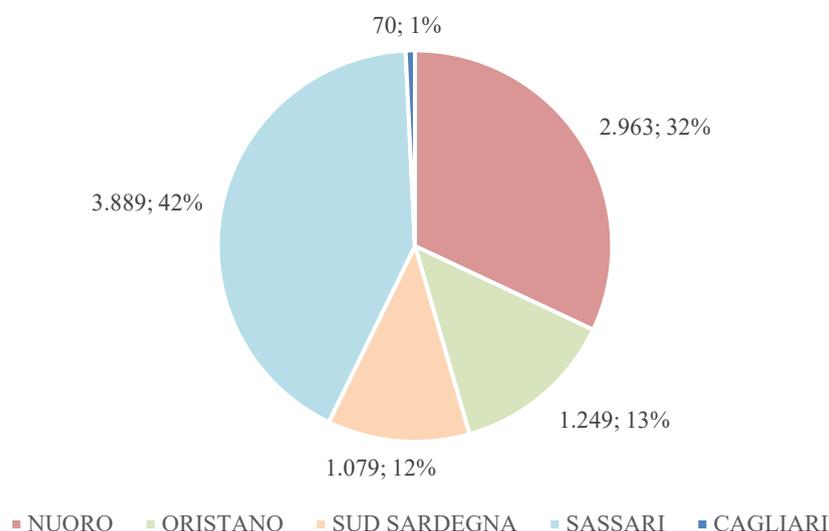
	DENSITA' ALLEVAMENTI	NUMERO ALLEVAMENTI	%
NUORO	0,5254	2.963	32,0
ORISTANO	0,4169	1.249	13,5
SUD SARDEGNA	0,1653	1.079	11,7
SASSARI	0,4961	3.889	42,0
CAGLIARI	0,0558	70	0,8

Figura 7: Densità allevamenti per KMQ ()

DENSITÀ ALLEVAMENTI PER KMQ

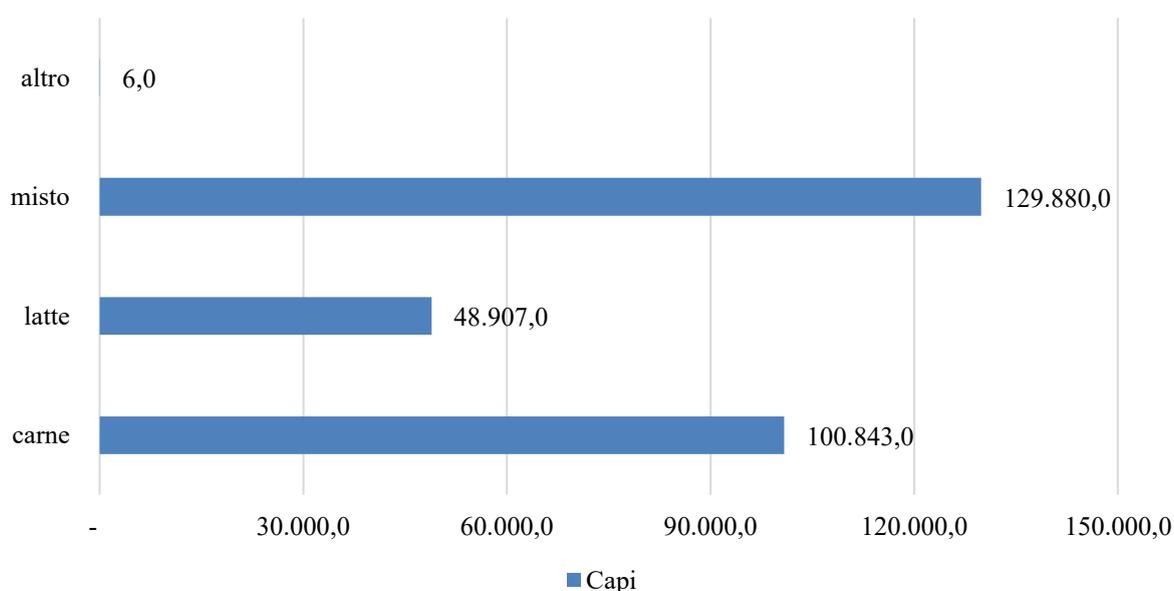


Figura 8: Densità allevamenti delle province sarde



Rispetto alle produzioni, gli allevamenti di tipo misto rappresentano l'orientamento prevalente (46,4%) dove sono presenti 129.880 capi (54%). Seguono gli allevamenti della carne (36%) e 100.843 capi (40,5%). Gli allevamenti specializzati nella produzione di latte sono 506 (5,5%) con 48.907 capi (17,5%). La restante quota è costituita da altro (0,002%) con 6 capi (0,1%). La consistenza media degli allevamenti si presenta in linea con il dato nazionale, ma gli allevamenti sardi da carne, rispetto alla realtà nazionale, si caratterizzano per il loro carattere estensivo. Le razze maggiormente rappresentate sono: Meticci, Sardo Bruna, Frisona e Limousine.

Figura 9: Produzione del comparto bovino in Sardegna



Il comparto suinicolo

La Sardegna con 159.978 capi censiti su 11.889 allevamenti e possiede l'1,91% del patrimonio suinicolo nazionale⁴.

Figura 10: Densità allevamenti per kmq

DENSITÀ ALLEVAMENTI PER KMQ



Il 90% degli allevamenti è di tipo stabulato (10.705 allevamenti), solo il 10% semibrado. La produzione è orientata prevalentemente verso le scrofe, il suinetto da latte e il magrone. L'allevamento del suino in Sardegna viene effettuato principalmente con due modalità: l'allevamento stabulato e l'allevamento semibrado. Nella tabella che segue si evidenzia come la maggior parte degli allevamenti siano stabulati, mentre esisterebbe una piccolissima percentuale di allevamenti censiti come "bradi". In realtà l'allevamento brado viene praticato storicamente in tutta l'isola, anche oggi, nonostante il divieto relativo imposto dalla normativa sanitaria sulle pesti suine.

Figura 11: Distribuzione allevamenti comparto suinicolo

TIPOLOGIA ALLEVAMENTO	% ALLEVAMENTI	% CAPI
STABULATO	90,041	87,953
SEMIBRADO	9,925	12,041
NON INDICATO	0,034	0,006

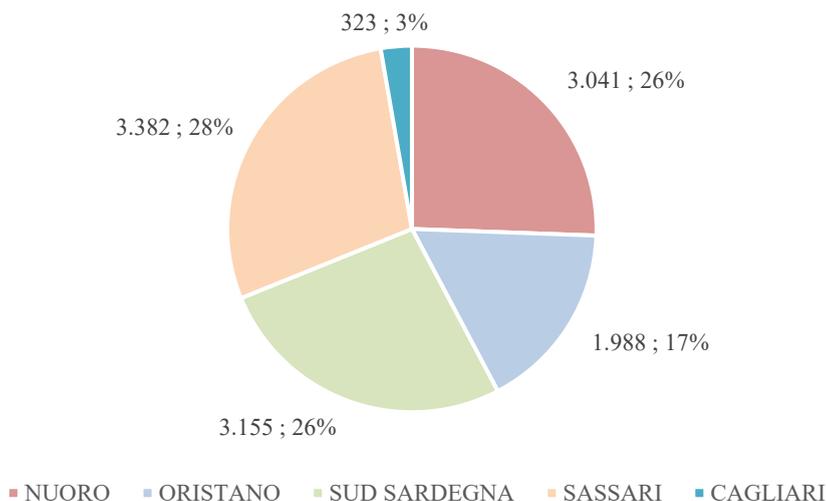
L'allevamento stabulato è invece diffuso su tutto il territorio regionale, ma ha delle grosse realtà localizzate soprattutto nella Sardegna meridionale e, in misura minore, in quella nord-orientale; l'organizzazione non si discosta da quelle dei grossi allevamenti della penisola e del nord Europa e il prodotto entra in competizione con quello proveniente soprattutto dall'estero. L'allevamento "semibrado" è costituito da realtà differenti: esistono sia piccole

⁴ Elaborazione Laore su dati Anagrafe Nazionale Zootecnica – Statistiche al 30/06/2023

porcilaie, con pochi posti scrofa, in cui i maiali vengono allevati all'aperto solo in certi periodi produttivi per sfruttare il pascolo e il ghiandatico, sia allevamenti "en plein air" con diversi tipi di organizzazione.

Il grafico che segue evidenzia il numero degli allevamenti e dei capi presenti al 30 giugno 2023 ripartiti per provincia.

Figura 12: Densità degli allevamenti in Sardegna



Quasi il 26,5% degli allevamenti suini sono concentrati nel sud Sardegna con una dimensione media aziendale di oltre 78.225 capi, segue la provincia di Nuoro con il 25,6% con 34.949 capi, nella provincia di Sassari ammontano al 28% con 3.382 capi totali, la provincia di Oristano con il 15,5% con 17.089 capi, mentre nella provincia di Cagliari sono presenti solo il 3% con una dimensione media di quasi 4.930 capi.

A partire dal 2011, il numero degli allevamenti e la popolazione suinicola sarda hanno subito una grossa contrazione. Nell'anno 2023 gli allevamenti sono pari a 11.889 rispetto ai 15.918 dell'anno 2011, mentre il numero dei suini censiti è calato da 166.052 a 159.978.

Il confronto tra i grafici relativi alla ripartizione per categorie e del patrimonio suinicolo nazionale e regionale evidenzia una percentuale di scrofe molto elevata (12,04%), così come per i verri (61,8%).

Per contro, la somma tra lattonzoli, magroncelli, magroni e grassi in Sardegna è pari al 42,91%, mentre in ambito nazionale è pari al 90,82%.

Nel quadro globale dell'allevamento suinicolo in Sardegna, si inserisce quello del suino di razza sarda, che ha avuto il riconoscimento nel 2006 (D.M. n. 21664, modificato dal D.M. n. 24089 del 18.12.2006) con l'inserimento della stessa nel Registro Anagrafico - sezione razze autoctone.

Tabella 3: Allevamenti comparto suinicolo - dettaglio

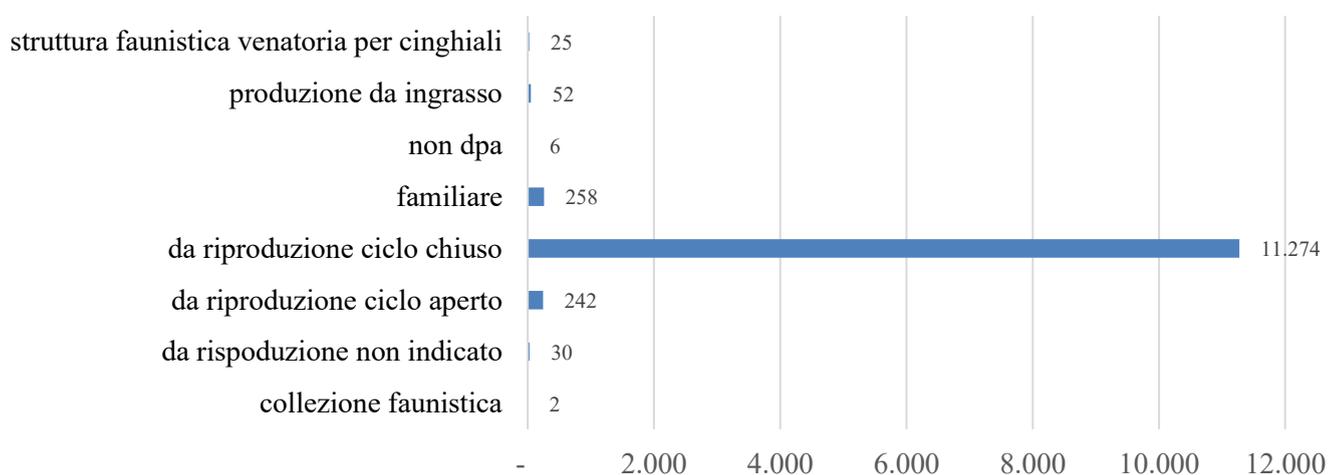
ALLEVAMENTO SUINI	ITALIA	SARDEGNA
N complessivo	106.780	11.889
Di cui solo cinghiali	656	71
Di cui con maiali e cinghiali	256	35
Di cui familiari	78.245	258
Totale capi censiti	8.356.278	159.978
Scrofe	504.319	60.761
Scrofette	112.030	4.288
Verri	18.821	11.640
Di cui cinghiali	6.940	993
Di cui maiali	8.349.338	158.958
Di cui grassi	2.408.807	2.340
Di cui magroni	1.910.148	41.995
Di cui magroncelli	1.400.788	16.065
Di cui lattonzoli	1.977.252	21.896

Nella tabella sopra riportata si può vedere la situazione relativa al 31 dicembre 2023⁵

L'orientamento produttivo del comparto suinicolo sardo si sostanzia principalmente nella maggiore consistenza degli allevamenti organizzati a ciclo chiuso (94,83%), i quali sono pari a 11.274 e sono localizzati in massima parte nel territorio di competenza delle Aziende Sanitarie Locali di Oristano (1.903), Sassari (3.156), Sud Sardegna (3.074), Nuoro (2.826) e Cagliari (315).

Figura 13: Orientamento produttivo del comparto suino in Sardegna

Orientamento produttivo del comparto suino in Sardegna



Pescicoltura e Itticoltura

Le imprese sarde di acquacoltura intensiva e semintensiva sono attualmente rappresentate

⁵ Elaborazione dati Statistiche BDN

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

La Mission

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

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

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

La Vision

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

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

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

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

Nel campo dell'igiene degli alimenti, e più in generale della Sanità Pubblica Veterinaria, l'Istituto costituisce un importante punto di riferimento e di supporto tecnico-scientifico per le

strutture, pubbliche e private, che si occupano di sanità pubblica veterinaria ma anche di controllo della filiera produttiva. Il suo intervento è finalizzato alla salvaguardia del patrimonio zootecnico e alla tutela igienico-sanitaria delle produzioni ed allo sviluppo del sistema produttivo agro- alimentare regionale.

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

Realizza attività di ricerca e sviluppo, in stretta connessione con le attività formative, per adeguare i propri processi produttivi agli standard più avanzati facilitando il trasferimento dei risultati della ricerca stessa alla pratica professionale, anche attraverso la collaborazione con le Università e gli enti di ricerca e le aziende del territorio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

- Definire gli interventi per produrre uno "scongelo" organizzativo affinché tutti collaboratori comprendano l'esigenza ed i benefici del cambiare;
- Capire l'importanza di mettere a fuoco una strategia di sviluppo (e le azioni puntuali previste e i traguardi strategici), che rappresenti sia il patto che il gruppo dirigente stringe per collaborare al conseguimento dei risultati, sia il contratto verso i portatori di interessi esterni, cioè l'esplicitazione delle attese che essi possono vantare sull'organizzazione;
- Individuare le traiettorie tramite cui l'IZS occupa il suo spazio strategico, che coincide con i contenuti del ciclo strategico che direzione e gruppo dirigente dell'IZS intende svolgere nel mandato 2022-2024;

- Avviare una riflessione su quale vuole essere la “legacy” (eredità) che il gruppo dirigente dell’IZS vuole lasciare dietro di sé. Quale trasformazione, cambiamento, riconfigurazione. Come il cambiamento renderà l’IZS un luogo, una organizzazione migliore di quanto non sia oggi.

1. One Health: sviluppare nuovi approcci diagnostici.

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

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

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

Si dovrà potenziare il servizio al territorio finalizzandolo non solo al miglioramento del livello sanitario, di benessere animale, di sicurezza alimentare ma anche alla qualità delle produzioni, alla loro certificazione, alle possibili attività che i centri di Referenza nazionale dovranno mettere in atto in termini di supporto e sviluppo alle filiere zootecniche ed agroalimentari.

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

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

filieri agroalimentari.

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

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

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

L' IZS della Sardegna all'interno di questo complesso sistema si farà promotore per lo sviluppo di un modello integrato, che nasca da un nuovo processo di pianificazione e programmazione, sia degli interventi di natura sanitaria, sia delle azioni di sostegno economico. E' necessario uno schema di interventi finalizzati al sostegno della filiera zootecnica, concentrati in particolare sulla formazione delle diverse figure coinvolte nel settore, la gestione degli investimenti e dell'innovazione tecnologica (strutture e ICT), l'innalzamento dello status sanitario e di benessere animale, l'epidemiologia, la qualità e la sicurezza degli alimenti di origine animale, lo sviluppo di piattaforme informatiche per la raccolta e la gestione dei dati, il servizio di assistenza e di consulenza aziendale, la gestione delle emergenze epidemiche e non.

Tabella 4: Azioni di valore

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

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

I Centri di Referenza Nazionale (CdRN), localizzati presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica.

Le loro funzioni, in base all'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, sono finalizzate a confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori, attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi, avviare idonei "ring test" tra gli II. ZZ. SS., utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi, predisporre piani d'intervento, collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi, fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche.

I Centri di referenza nazionale sono veri e propri centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni Internazionali con le quali collaborano, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e l'Agenzia delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura. Tali Organizzazioni chiedono, ai Centri di Referenza di mettere a disposizione le tecnologie, i servizi, i progetti di ricerca i prodotti diagnostici e profilattici, la formazione per sostenere la crescita dei Paesi membri.

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

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

Il Centro di Referenza Nazionale per le produzioni biologiche (CRNPB), istituito con D.M. 8 maggio 2002 come Centro di Referenza Nazionale per la Zootecnia Biologica ha ampliato ed esteso nel 2011 (Decreto Ministeriale del 04 agosto 2011) le proprie competenze anche alle produzioni vegetali per cui oggi il Centro è riconosciuto come Centro di Referenza Nazionale per le Produzioni Biologiche (CRNPB), comprendendo quindi tutto il comparto agrozootecnico. Il Centro si colloca come strumento operativo di coordinamento, assistenza e riferimento nazionale nel campo delle produzioni agricole e zootecniche, biologiche svolge il suo ruolo di eccellenza scientifica quale strumento del Ministero della Salute, del Ministero delle Politiche Agricole, degli Assessorati regionali della Salute, dell'Agricoltura e dell'Ambiente, degli altri Istituti Zooprofilattici, delle strutture del SSN ed inoltre di tutti i soggetti interessati alle produzioni biologiche, in particolare degli operatori del settore e dei consumatori, delle autorità sanitarie locali, degli enti pubblici, ciascuno per gli aspetti ad esso più strettamente collegati .

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

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

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

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

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

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

Tabella 5: Azioni di valore

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

3. Potenziare e sviluppare l'attività di ricerca.

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

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

Deve essere in grado, inoltre, di rispondere ai quesiti reali che nascono nell'ambito del SSN, dalle esigenze dei territori, dal mondo delle imprese, soprattutto in un'ottica di adozione o di critica alle nuove tecnologie che vengono proposte, con la finalità di rispondere in termini di

ricaduta pratica alle esigenze del mondo sanitario e produttivo. Per tale motivo quando si parla di ricerca non si deve pensare a quella relegata all'ambito squisitamente laboratoristico ma si deve disegnare una vision più ampia valorizzando tutti le attività che stanno intorno ad essa e che concorrono ad alimentarla con dati e informazioni, a migliorare la qualità metodologica e scientifica delle proposte, a valutare l'effettiva capacità innovativa nonché la loro ricaduta nei diversi sistemi sanitari nazionali e/o internazionali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prodromico alla creazione dell'agenzia è rafforzare i punti di debolezza del sistema, ovvero: potenziare la struttura formazione inserendo nuove figure professionali, amministrative e tecniche. Allo scopo ci si potrà avvalere dei collaboratori di ricerca che rappresenterebbero i collettori ideali tra servizio formazione e le esigenze dell'utenza. Tali figure, adeguatamente formate, potranno essere in grado di sviluppare percorsi formativi altamente rispondenti alle esigenze degli stakeholders, collaborare con tutti i settori interni ed esterni all'Istituto per sviluppare programmi di educazione sanitaria, comunicare efficacemente, rivisitare l'organizzazione del servizio, suddividendolo in specifici settori (formazione residenziale; FAD; educazione sanitaria, comunicazione) in modo da orientare l'offerta dei servizi.

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

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

Tabella 6: Azioni di valore

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

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

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

significativamente al contenimento dell'uso di antibiotici negli allevamenti zootecnici.

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

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

Il contesto di partenza e le riflessioni che hanno motivato gli approfondimenti sulla decisione di investire nel potenziamento e sviluppo delle produzioni di presidi immunizzanti (vaccini stabulogeni), fanno riferimento alla crisi profonda che sta vivendo il settore zootecnico italiano (impatto della pandemia da Sars Cov 2 in tutti i settori zootecnici, i recenti focolai di influenza aviaria e di Peste Suina Africana) e alle emergenze sanitarie che potranno, a breve, avere ripercussioni importanti anche sulla salute umana, come il fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

La concentrazione delle produzioni a livello territoriale corrisponde all'adozione di modelli di allevamento confinato, intensivo, che cominciano a mostrarsi inadeguati rispetto ai recenti orientamenti della società europea, più sensibile alle problematiche sanitarie e ambientali e alle istanze di natura etica. In generale, emerge un disagio connesso alla difficoltà di riadattare il sistema produttivo a una nuova traiettoria di sviluppo che si sta delineando nei documenti di orientamento dell'Unione Europea, che chiedono al settore di cogliere le istanze dei consumatori e cittadini europei in modo competitivo e responsabile.

Oltre all'esigenza di adeguarsi a nuove norme introdotte per ragioni sanitarie ed ambientali o nel tentativo di riavvicinare l'allevamento a sistemi più animal friendly, con la produzione di prodotti biologici, il settore è sottoposto a una serie di necessità per gestire fattori produttivi esposti a rischi complessi come intossicazioni, epidemie con diffusione di microrganismi antigenicamente diversificati e ceppi batterici antibiotico-resistenti.

Inoltre, preoccupante è la diffusione di patologie emergenti e/o riemergenti, responsabili di perdite economiche importanti per il settore zootecnico contro le quali non esistono né sono in corso di registrazione vaccini specifici, ciò determinato dallo scarso interesse delle grandi industrie multinazionali ad investire in presidi immunizzanti verso patologie circoscritte per territorio e specie. Questa realtà dimostra come sia importante per poter contrastare l'insorgenza di nuove emergenze sanitarie, come l'antibiotico-resistenza, poter disporre di presidi immunizzanti (Minor use/Minor species), prodotti per un mercato "non globale" che

tengano conto del territorio e della sua zootecnia.

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

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

Tabella 7: Azioni di valore

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

5. Sviluppare processi diagnostici finalizzati alla sostenibilità ambientale

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

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

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

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

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

In tale contesto, la traiettoria qui definita prevede inizialmente il riassetto di alcune attività

già in funzione nel nostro istituto, come il “pattern” di prove diagnostiche di laboratorio finalizzate alla individuazione di malattie infettive, parassitarie, o di inquinanti ambientali, indici proxy dicattiva gestione degli insediamenti zootecnici, (es non corretta gestione dei reflui, eccessivo carico di bestiame, eccesso di pascolamento, desertificazione etc.).

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

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

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

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

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

All’interno di questo quadro programmatico ritroviamo:

- la strategia Farm to Fork (“Dal produttore al consumatore”) per un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell’ambiente;
- la EU Biodiversity Strategy for 2030. Bringing nature back into our lives (“Strategia europea sulla biodiversità per il 2030”);
- il documento di lavoro Analysis of links between CAP Reform and Green Deal (SWD(2020) 93 final).

In maniera diversa, ma con un comune filo conduttore, i tre documenti affermano la centralità della transizione “sostenibile” del settore zootecnico ed agro-alimentare, proprio per questi motivi l’IZS della Sardegna intende rafforzare il suo ruolo strategico attraverso l’implementazione di nuove tecniche analitiche e attraverso canali specifici della ricerca orientati anche sui temi ambientali. Le azioni dell’Ente saranno dirette a dare risposte concrete su tematiche che non riguardano solamente la salute animale e la sicurezza alimentare ma anche sull’impatto dell’impronta ambientale e climatica del sistema alimentare, le emissioni di gas serra dovute agli allevamenti, l’eccessivo utilizzo di

antimicrobici e di pesticidi. Non va dimenticato che le produzioni di origine animale, l'agricoltura biologica, la produzione integrata a basso impiego di prodotti fitosanitari, un uso corretto degli antibiotici, fanno del nostro Paese uno dei più attenti e disponibili a recepire lo spirito della strategia Farm to Fork.

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

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

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

Tabella 8: Azioni di valore

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

6. Ottimizzare organizzazione e governance.

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

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

operativi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Regionale, in una ottica di One Health.

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

Tabella 9: Azioni di valore

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

Accessibilità fisica e digitale

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

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

- Realizzazione del 3° lotto funzionale della sede di Via Vienna a Sassari, che ha riguardato la realizzazione di due nuove strutture aperte al pubblico, interamente accessibili, nonché la sistemazione degli spazi esterni di pertinenza, con la realizzazione di idonei percorsi di accesso fruibili da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria;
- Realizzazione delle opere di sopraelevazione della sede della S.C. di Cagliari, per la creazione di nuovi uffici e di una sala conferenze accessibile al pubblico, che ha previsto l'installazione di un impianto elevatore per il superamento delle barriere architettoniche;
- Realizzazione delle opere di sopraelevazione della sede della S.C. di Oristano, per la realizzazione di nuovi uffici e di una sala conferenze, accessibili al pubblico e l'installazione di un impianto elevatore per il superamento delle barriere architettoniche;
- Lavori di ristrutturazione dei locali dell'ex Virologia e dell'ex Laboratorio di Diagnostica Clinica della sede Centrale di Via Duca degli Abruzzi Sassari, per la realizzazione di nuovi uffici e laboratori, accessibili alle persone con ridotta capacità motoria, dotati di rampe di accesso e servizi per disabili;

- Lavori di realizzazione di un impianto elevatore per il superamento delle barriere architettoniche, manutenzione piano terra ed infissi della facciata della sede di Sassari in Via Duca degli Abruzzi n.8;
- Lavori di adeguamento delle barriere architettoniche per la realizzazione di un montascale presso la sede di Via Duca degli Abruzzi n.8 a Sassari;
- Lavori di ristrutturazione del piano terra della sede centrale di Sassari dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna, per la realizzazione di nuovi uffici e l'adeguamento dei servizi igienico alla normativa per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Normativa di riferimento vigente in materia di accessibilità fisica:

- Legge 13/1989 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", la quale comprende anche gli edifici residenziali pubblici, di nuova costruzione o da ristrutturare;
- D.M. n. 236/1989, Regolamento di attuazione della L. n. 13/1989 "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche";
- DPR n. 503/1996 "Norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici", il quale stabilisce che tutti gli spazi pubblici debbano garantire la fruizione a chiunque abbia capacità motoria limitata, che si traduce non solo nell'abbattimento delle barriere architettoniche, ma anche nell'installazione di tutti gli ausili necessari agli edifici pubblici per poterli definire accessibili;
- Legge n. 68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" che stabilisce che i datori di lavoro pubblici e privati che hanno più di cinquanta lavoratori occupati sono tenuti ad avere alle loro dipendenze il 7% di lavoratori appartenente alle categorie protette.
- D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia" in particolare la Sezione II del Capo III "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati, pubblici e privati aperti al pubblico"

Accessibilità digitale

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

La Legge n. 4/2004, legge di riferimento per l'accessibilità, ha attribuito all'Agenzia per l'Italia

Digitale (AGID) numerosi compiti tra i quali:

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

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

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

di tecnologie assistive o configurazioni particolari.

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

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

Nel corso dei primi mesi del 2020 è divenuto ufficialmente operativo il rinnovato sito web dell'Istituto.

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

Il sito è stato progettato per essere responsive, quindi completamente consultabile da qualsiasi dispositivo informatico (computer fisso, portatile o smartphone), seguendo le linee guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) per i siti delle Pubbliche Amministrazioni. In conformità alle disposizioni normative vigenti anche per gli aspetti riguardanti l'accessibilità alle informazioni. Il sito web rappresenta quindi anche uno strumento mediante il quale l'Istituto intende, tra l'altro, dare attuazione ai principi di "piena accessibilità", contemplati

nell'art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80 a favore delle fasce di popolazione più fragili. Oggetto di espresso rinnovamento è stata anche la sezione relativa ad "Amministrazione Trasparente", nell'intento di rendere più facilmente rintracciabili tutte le informazioni presentate e migliorare la funzione di ricerca dei contenuti.

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

Nel corso del triennio 2023-25 si provvederà ad adeguare le eventuali parti del sito Web non ancora conformi e, considerando la spinta attuale verso l'ulteriore digitalizzazione dei servizi già in fase di progettazione, si dovrà tendere ad una migliore fruibilità degli stessi da parte di cittadini, in particolare anziani e portatori di handicap, nello specifico i servizi di consultazione dei rapporti di prova (CORAN) e di domanda di convenzionamento da parte dell'utenza, attualmente accessibili dal sito istituzionale, verranno riprogettati e quindi riscritti.

Normativa di riferimento in materia di accessibilità digitale:

- Legge n. 4/2004 - Disposizioni per favorire e semplificare l'accesso degli utenti e, in particolare, delle persone con disabilità agli strumenti informatici ("Legge Stanca")
- D.Lgs. n. 82/2005 - Codice dell'Amministrazione digitale
- Decreto ministeriale 30 aprile 2008 - Regole tecniche disciplinanti l'accessibilità agli strumenti didattici e formativi a favore degli alunni disabili
- Direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento Europeo e Del Consiglio del 26 ottobre 2016, relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- D.Lgs n. 106/2018 - Attuazione della direttiva (UE) 2016/2102, relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- Decisione di esecuzione (UE) 2018/1523 della Commissione dell'11 ottobre 2018, che istituisce un modello di dichiarazione di accessibilità conformemente alla direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici
- Decisione di esecuzione (UE) 2018/1524 della Commissione dell'11 ottobre 2018, che stabilisce una metodologia di monitoraggio e definisce le disposizioni riguardanti la presentazione delle relazioni degli Stati membri conformemente alla direttiva (UE) 2016/2102 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici

- Direttiva (UE) 2019/882 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 aprile 2019, sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi (“European accessibility Act”)
- Linee guida AGID del 13.02.2020 sull’accessibilità degli strumenti informatici
- European Telecommunications Standards Institute (ETSI) - EN 301 549
- World Wide Web Consortium (W3C) - Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1.

Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare

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

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

- Ottimizzazione delle procedure di gestione del personale mediante l'implementazione del fascicolo informatico del dipendente.
- Adozione di sistemi di gestione informatizzata condivisa con l'utenza istituzionale per l'accessibilità ai servizi di accettazione.

2.2 Sottosezione di programmazione – Performance

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

Sono state così definite le Aree e gli Obiettivi Strategici per il 2024-2026, in continuità con quanto previsto nel Piano Strategico 2022–2024 e da quanto definito dalle linee di indirizzo del C.d.A. 2020 – 2022 (Verbale di delibera n. 9.8 del 13/12/2019), ultime indicazioni relative alla programmazione dell'ente, che attualmente si trova in assenza del Consiglio di Amministrazione.

Gli obiettivi declinati in questo documento sono coerenti con quelli assegnati con n.d.G.R. n. 4/56 del 16.02.2023 al Direttore Generale e con quelli assegnati da quest'ultimo al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, in attesa delle successive indicazioni da parte degli enti regionali.

Nel sistema di governance dell'IZS della Sardegna le attività connesse al ciclo della performance rappresentano strumenti utili a:

- a) Supportare i processi decisionali, favorendo la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento percepibile dai destinatari diretti e indiretti (creazione di valore pubblico);
- b) Migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli;
- c) Comunicare anche all'esterno (accountability), attraverso la relazione sulla performance, ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi;
- d) Consentire la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi.

L'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo del 27/10/2009 n. 150 richiede, infatti, che gli obiettivi siano:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;

- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

L'IZS Sardegna intende rafforzare il "legame" tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie, gli obiettivi e gli indicatori dell'amministrazione attraverso l'esplicitazione della performance attesa, ossia il contributo che l'amministrazione (nel suo complesso nonché nelle unità organizzative e negli individui di cui si compone) intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni della comunità di riferimento.

Si ritiene infatti che la rappresentazione della performance sia attendibile solo se la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze (obiettivi, indicatori, target) sono verificabili ex post.

Una corretta applicazione del ciclo di gestione della performance facilita l'ottenimento di importanti vantaggi organizzativi e gestionali per l'amministrazione, tra i quali:

- individuare e incorporare le attese dei portatori di interesse (stakeholder);
- favorire una effettiva accountability e trasparenza;
- rendere più efficaci i meccanismi di comunicazione interna ed esterna;
- migliorare il coordinamento tra le diverse funzioni e strutture organizzative.

La performance organizzativa

La performance organizzativa è l'insieme dei risultati attesi che:

- considera il funzionamento, le politiche di settore, i progetti strategici e di miglioramento organizzativo;
- è misurabile in modo chiaro;
- tiene conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili;
- ha come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare

valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

La definizione di performance organizzativa è, quindi, multidimensionale in quanto deve considerare:

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

[Considerazioni sui dati gestionali e contabili dell'esercizio 2022 - ultimo bilancio consuntivo approvato con determina del Direttore Generale n. 343 del 28/04/2023, delibera del CDA n. 2.2 del 14/06/2023](#)

L'esercizio 2022 registra un utile pari a € 2.351.216,86 e nello stato patrimoniale la voce utili portati a nuovo non riporta alcun valore, in quanto gli utili degli anni precedenti, compreso il 2021 € 1.112.962,89 sono stati portati a "Riserva per avanzi di amministrazione vincolati".

La destinazione del risultato d'esercizio degli enti del SSN è regolamentata dall'art. 30 del D. Lgs. 118/2011, che dispone: "L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19, è reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie".

[Indicatori di bilancio](#)

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

<u>Costi del personale</u>	=	<u>13.703.699,76</u>	=	42%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Acquisti di beni sanitari</u>	=	<u>3.427.509,15</u>	=	11%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Acquisti di beni non sanitari</u>	=	<u>324.891,10</u>	=	1%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Acquisti di servizi sanitari</u>	=	<u>1.528.979,05</u>	=	5%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Servizi non sanitari</u>	=	<u>3.345.498,06</u>	=	10%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni</u>	=	<u>266.310,31</u>	=	1%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Godimento di beni di terzi</u>	=	<u>228.568,74</u>	=	1%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		
<u>Oneri diversi di gestione</u>	=	<u>1.072.483,39</u>	=	3%
Ricavi gestione caratteristica		32.382.183,26		

Codice	Descrizione	Importo 2022	Importo 2021	Differenza	Differenza Percentuale
A	VALORE DELLA PRODUZIONE	32.936.514,27	30.807.129,36	2.129.384,91	6,91
A.1	Contributi in c/esercizio	29.282.936,93	28.209.847,00	1.073.089,93	3,80
A.1.a	Contributi in conto esercizio dallo Stato	505.603,89	585.433,90	-79.830,01	-13,64
A.1.b	Contributi in c/Esercizio da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	22.914.908,00	22.334.097,00	580.811,00	2,60
A.1.c	Contributi c/esercizio '- extra fondo	3.153.326,18	2.669.689,75	483.636,43	18,12
A.1.c.1	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati	1.736.198,90	2.084.359,61	-348.160,71	-16,70
A.1.c.2	Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) '- Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	1.400.978,30	549.095,54	851.882,76	155,14
A.1.c.4	Contributi da Regione o Prov.Aut. (extra fondo) - altro	4.329,01	0,00	4.329,01	0,00
A.1.c.5	Contributi da Aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	11.819,97	36.234,60	-24.414,63	-67,38
A.1.d	Contributi c/esercizio per ricerca	2.690.098,86	2.620.626,35	69.472,51	2,65
A.1.d.1	Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	890.098,86	645.826,35	244.272,51	37,82
A.1.d.3	Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	0,00	110.000,00	-110.000,00	-100,00
A.1.d.6	Contributi da Stato '- Piramide della ricerca	1.800.000,00	1.864.800,00	-64.800,00	-3,47
A.1.e	Contributi in c/esercizio da privati	19.000,00	0,00	19.000,00	100,00
A.2	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-298.371,40	-615.283,91	316.912,51	-51,51
A.3	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	2.865.736,32	2.039.339,26	826.397,06	40,52
A.4	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	430.213,72	586.641,51	-156.427,79	-26,66
A.4.a	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie '-ad Aziende sanitarie pubbliche	14.503,59	20.834,76	-6.331,17	-30,39
A.4.c	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate '- altro	415.710,13	565.806,75	-150.096,62	-26,53
A.5	Concorsi, recuperi e rimborsi	87.201,39	85.240,24	1.961,15	2,30
A.7	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	554.331,01	466.799,32	87.531,69	18,75
A.9	Altri ricavi e proventi	14.466,30	34.545,94	-20.079,64	-58,12
B	COSTI DELLA PRODUZIONE	30.696.814,42	28.331.166,30	2.365.648,12	8,35
B.1	Acquisti di beni	3.752.400,25	2.634.758,76	1.117.641,49	42,42
B.1.a	Acquisti di beni sanitari	3.427.509,15	2.381.160,17	1.046.348,98	43,94
B.1.b	Acquisti di beni non sanitari	324.891,10	253.598,59	71.292,51	28,11
B.2	Acquisti di servizi sanitari	1.528.979,05	1.329.354,13	199.624,92	15,02
B.2.o	Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	468.073,86	324.272,11	143.801,75	44,35
B.2.p	Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	1.060.905,19	1.005.082,02	55.823,17	5,55
B.3	Acquisti di servizi non sanitari	3.722.766,94	2.660.019,66	1.062.747,28	39,95
B.3.a	Servizi non sanitari	3.345.498,06	2.402.405,92	943.092,14	39,26
B.3.b	Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	266.310,31	209.105,80	57.204,51	27,36
B.3.c	Formazione	110.958,57	48.507,94	62.450,63	128,74
B.4	Manutenzione e riparazione	1.598.691,71	1.545.337,47	53.354,24	3,45
B.5	Godimento di beni di terzi	228.568,74	205.443,20	23.125,54	11,26
B.6	Costi del personale	13.703.699,76	13.992.729,52	-289.029,76	-2,07
B.6.a	Personale dirigente medico	3.037.525,65	3.190.272,16	-152.746,51	-4,79
B.6.b	Personale dirigente ruolo sanitario non medico	1.041.939,79	1.034.171,83	7.767,96	0,75
B.6.c	Personale comparto ruolo sanitario	3.650.980,95	3.695.769,79	-44.788,84	-1,21
B.6.d	Personale dirigente altri ruoli	617.008,71	666.201,50	-49.192,79	-7,38
B.6.e	Personale comparto altri ruoli	5.356.244,66	5.406.314,24	-50.069,58	-0,93
B.7	Oneri diversi di gestione	1.072.483,39	894.826,35	177.657,04	19,85
B.8	Ammortamenti	1.330.214,19	1.447.482,26	-117.268,07	-8,10
B.8.a	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	36.281,52	25.585,46	10.696,06	41,81
B.8.b	Ammortamento dei fabbricati	566.613,16	566.613,16	0,00	0,00
B.8.c	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	727.319,51	855.283,64	-127.964,13	-14,96
B.10	Variazione delle rimanenze	13.581,33	14.430,65	-849,32	-5,89
B.10.a	Variazione rimanenze sanitarie	14.453,96	15.296,05	-842,09	-5,51
B.10.b	Variazione rimanenze non sanitarie	872,63	865,40	7,23	0,84
B.11	Accantonamenti	3.772.591,72	3.635.645,60	136.946,12	3,77
B.11.a	Accantonamenti per rischi	30.172,58	57.562,00	-27.389,42	-47,58
B.11.c	Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	3.505.219,99	3.359.491,48	145.728,51	4,34
B.11.d	Altri accantonamenti	237.199,15	218.592,12	18.607,03	8,51
	DIFFERENZA TRA VALORE DELLA PRODUZIONE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A '- B)	2.239.699,85	2.475.963,06	-236.263,21	-9,54
C	Proventi e oneri finanziari	-2.403,73	-3.010,98	607,25	-20,17
C.1	Interessi attivi e altri proventi finanziari	0,04	0,04	0,00	0,00
C.2	Interessi passivi ed altri oneri finanziari	-2.403,77	-3.011,02	607,25	-20,17
D	Rettifiche di valore di attività finanziarie	0,00	0,00	0,00	0,00
E	Proventi e oneri straordinari	1.177.433,31	-277.791,18	1.455.224,49	-523,86
E.1	Proventi straordinari	1.686.823,71	19.575,43	1.667.248,28	8517,05
E.1.b	Altri proventi straordinari	1.686.823,71	19.575,43	1.667.248,28	8517,05
E.2	Oneri straordinari	509.390,40	297.366,61	212.023,79	71,30
E.2.b	Altri oneri straordinari	509.390,40	297.366,61	212.023,79	71,30
	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A '- B + /'- C + /'- D + /'- E)	3.414.729,43	2.195.160,90	1.219.568,53	55,56
Y	IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	1.063.512,57	1.082.198,01	-18.685,44	-1,73
Y.1	IRAP	1.021.637,57	1.003.672,01	17.965,56	1,79
Y.1.a	IRAP relativa a personale dipendente	846.622,62	852.766,00	-6.143,38	-0,72
Y.1.b	IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	163.829,95	134.860,01	28.969,94	21,48
Y.1.d	IRAP relativa ad attività commerciale	11.185,00	16.046,00	-4.861,00	-30,29
Y.2	IRES	41.875,00	78.526,00	-36.651,00	-46,67
	UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	2.351.216,86	1.112.962,89	1.238.253,97	111,26

Patrimonio immobiliare e superfici

La superficie totale degli edifici di proprietà e in locazione dell'Istituto è pari a 13.020,71 mq, di cui 485,95 mq in uso ma non di proprietà relativi alla sede distaccata di Tortolì e allasede dell'Osservatorio Epidemiologico sito in Cagliari. A questi si aggiungono i locali di complessivi

475,60 mq siti nel Comune di Alghero dove l'Istituto ha una concessione da parte della Regione Sardegna con diritto reale d'uso.

Tabella 10: Superfici nette in MQ

RIEPILOGO SUPERFICI NETTE	
Sede	mq
Sede Centrale Via Duca Degli Abruzzi	2.614,15
Nuova Sede Sassari Via Vienna I Lotto	2.214,14
Nuova Sede Sassari Via Vienna II Lotto	1.964,75
Nuova Sede Sassari Via Vienna III Lotto	2.554,01
Sede di Nuoro	770,82
Sede di Tortolì	195,53
Sede di Oristano	1.081,16
Sede di Cagliari Elmas	1.335,73
O.E.V.	290,42
Totale Superfici	13.020,71

Attività

L'attività del 2023 registra una variazione complessiva del 13,5% rispetto all'anno precedente (55.512 esami rispetto al 2022).

Tabella 11 : Esami complessivi per anno

Denominazione	2022	2023	Differenza	Percentuale
Produzione totale SS. CC.	409.983,0	354.771,0	- 55.212,0	-13,5%

La differenza, in sintesi, è riconducibile a tre fattori:

- L'attività di ricerca, collaborazioni ed attività interna, in coerenza con gli obiettivi strategici e di quelli del piano della performance 2022 - 2024, ha registrato un incremento degli esami correlati pari al 63% rispetto al 2022.
- Buona parte delle attività (extra istituzionale) nel 2023 è stata inserita nell'ambito del primo tariffario regionale delle prestazioni dell'IZS (D.G.R. n. 38/73 del 21.12.2022). Questo adeguamento normativo/regolamentare ha comportato una flessione delle richieste, in parte compensata dal successivo intervento regionale che, ritenendo di particolare interesse alcuni ambiti, con la DGR n°19/64 del 1.06.2023, ne ha previsto

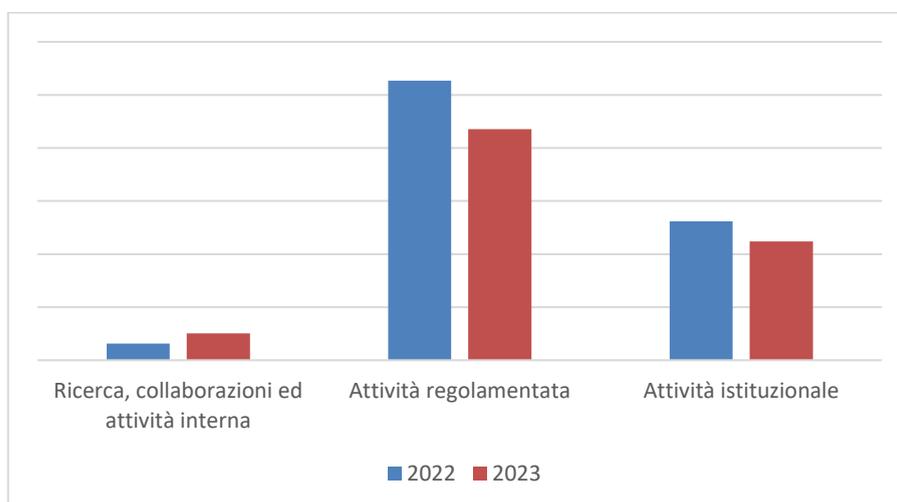
l'erogazione a valere su specifiche risorse stanziato sul FSR (e quindi non più a carico dei singoli richiedenti).

- L'attività istituzionale relativa agli interventi di cui ai piani di controllo, sorveglianza ed eradicazione ha fatto registrare una flessione consistente che rappresenta la migliore conferma del successo delle azioni di prevenzione e contrasto alla diffusione delle maggiori patologie.

Tabella 12 : Analisi per tipologia di attività

Tipologia	2022	2023	Differenza	Percentuale
Ricerca, collaborazioni ed attività interna	15.571,00	25.353,00	9.782,00	63%
Attività regolamentata nel 2023	263.575,00	217.660,00	-45.915,00	-17%
Attività istituzionale	130.837,00	111.758,00	-19.079,00	-15%
Totale	409.983,00	354.771,00	-55.212,00	-13%

Figura 14: Analisi dell'attività 2022 - 2023



L'attività dell'anno 2022, come visto sopra, corrispondente a quella successivamente regolamentata è in gran parte confluita nelle linee di finanziamento RAS, che corrisponde all'attività richiesta dall'utenza con un particolare interesse sanitario generale. La restante parte, riguarda l'attività tariffata non finanziata.

L'attività istituzionale si divide nelle attività correlate alle diagnosi delle zoonosi e nelle attività previste nei piani di eradicazione, sorveglianza e monitoraggio.

Tabella 13 : Analisi per tipologia e specifica

Tipologia	Specifica	2022	2023	Differenza
Ricerca, collaborazioni ed attività interna	Ricerca	15.571,00	25.353,00	9.782,00
Attività regolamentata nel 2023	Finanziato RAS 2023	263.575,00	133.522,00	-45.915,00
	Attività assoggetta a tariffazione nel 2023		84.138,00	

Attività istituzionale	Zoonosi	2.794,00	4.155,00	-19.079,00
	Piani	128.043,00	107.603,00	
Totale		409.983,00	354.771,00	-55.212,00

È necessario specificare che il valore finale di - 55.512 è il saldo tra gli esami che nel 2023 hanno registrato una variazione in riduzione (-139.944) rispetto agli esami che hanno registrato una variazione in incremento (79.732). Ragione per la quale, nell'analisi che segue, è possibile imbattersi in decrementi complessivamente maggiori rispetto a tale valore.

Ricerca, collaborazioni ed attività interna

L'attività di ricerca, collaborazioni ed attività interna ha registrato un incremento degli esami effettuati pari al 62,82% (9.782 prestazioni in più nel 2023 rispetto al 2022). Rispetto al 2022, sono state attivate numerose ricerche correnti, rispetto alle quali l'istituto ha ricevuto dei finanziamenti collegati. Sono esposte nella tabella successiva le differenze positive dei primi 10 quesiti utilizzati per attività di ricerca.

Tabella 14 : Quesiti utilizzati per attività di ricerca, collaborazioni ed attività interna

Attività non soggetta a tariffazione	2022	2023	Differenza
ZOONOSI - TUNISIA	41	3270	3.229
RCS 01/22 - RICERCA CORRENTE STRATEGICA EHDV		2451	2.451
RC IZSSA 06/21 VIRUS EMERGENTI SUINO		1947	1.947
ALTRO	67	1743	1.676
RC IZSSA 06/22 RICERCA EPIDEM BVDV NEI BOVINI DA LATTE IN SARDEGNA		1670	1.670
RICERCA SULLE ZECHE IZS SA 01/22RC		879	879
IZS SA02/20 RC	13	733	720
RICERCA SCHMALLEMBERG		587	587
RC IZSSA 04/17- RICERCA CORRENTE BT 2017		549	549
RICERCA CHLAMYDIA SPP	657	1140	483

Analisi dell'Attività regolamentata nel 2023

La tabella seguente rappresenta un confronto di maggior dettaglio dell'attività attualmente regolamentata, con una ricostruzione dell'equivalente aggregato di prestazioni relative all'anno precedente. Come anticipato, una quota di esami ora contemplati nel tariffario regionale è stata considerata dalla Regione stessa come di particolare interesse sanitario e per tale motivo le relative prestazioni sono appositamente finanziate. A seguire l'esplicitazione delle linee di attività di interesse regionale:

Tabella 15 : Attività regolamentata 2023

Specifica	Tematica	2022	2023	Differenza
Attività a pagamento			84.138	
Attività finanziata RAS	(RAS LINEA 2) - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER LA RICERCA DELLA TRICHINELLA		30.841	
	(RAS LINEA 3) - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI NELL'AMBITO SORVEGLIANZA ENTOMOLOGICA		23.884	
	(RAS LINEA 4) - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A SUPPORTO DEL PROGRAMMA DI ERADIC. PSA		40.635	

	(RAS LINEA 5) - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI AMBITO DEL PIANO REGIONALE MOLLUSCHI B.V	263.575	6.074	
	(RAS LINEA 7) - PATOLOGIE SFERA RIPRODUTTIVA: OVINA – CAPRINA - BOVINA		12.630	
	(RAS LINEA 7) - PATOLOGIE MAMMELLA: OVINA – CAPRINA - BOVINA		12.397	
	(RAS LINEA 8) - DIAGNOSTICA PRINCIPALI PATOLOGIE ANIMALI DA REDDITO		7.061	
Attività equivalente a quella a pagamento/finanziata nel 2023				
Totale		263.575	217.660	-45.915

Attività a pagamento 2023 vs attività 2022 “equivalente”

Nella tabella che segue si è voluto dare un ulteriore dettaglio rappresentando un confronto tra le attività a pagamento del 2023 (*riga 1, colonna 2023, della tabella precedente*) ed una ricostruzione di quelle “equivalenti” erogate nel 2022. La ricostruzione del 2022 “equivalente” è stata fatta sulla base della coincidenza dei quesiti diagnostici utilizzati:

Tabella 16: Attività soggetta a tariffazione nel 2023

Specifica	Quesiti	2022	2023	Differenza
Trichinella	ALTRA ATTIVITA SICUREZZA ALIMENTARE	54.678,00	37.507,00	-17.171,00
	ALTRO NON ISTITUZIONALE SANITÀ ANIMALE	28.605,00	14.367,00	-14.238,00
Diagnostica Clinica	BENESSERE ANIMALE	18.699,00	11.831,00	-6.868,00
	ALTRO NON ISTITUZIONALE SICUREZZA ALIMENTARE	76,00	32,00	-44,00
	MEDICINA UMANA		1,00	1,00
	ATTIVITA INTERNA		4,00	4,00
	ALTRO NON ISTITUZIONALE SICUREZZA AMBIENTALE		6,00	6,00
	VACCINI	1.230,00	2.310,00	1.080,00
	ATTIVITA ISTITUZIONALE SANITÀ ANIMALE	13.562,00	18.080,00	4.518,00
	Totale complessivo		116.850	84.138

Come sopra esposto, le variazioni riguardano principalmente tre voci:

- **Altra attività e sicurezza alimentare** (- 17.171 esami);
- **Altro non istituzionale – Sanità animale** (- 14.238 esami);
- **Benessere animale** (- 6.686 esami);

Altra attività - Sicurezza alimentare

La variazione è riconducibile principalmente al quesito relativo all’attività “RICERCA TRICHINELLA - MATTATOI REG. CEE 853/04” (esami su singolo muscolo), il quale valorizza il 98,85% della differenza complessiva dell’altra attività- sicurezza alimentare (16.974 esami rispetto ad una riduzione complessiva pari a 17.171 totali), come esposto nella tabella successiva.

Trattandosi di prestazioni derivate dall’attività di macellazione, la variazione è riconducibile strettamente ad una riduzione della stessa.

Tabella 17: Quesiti attività istituzionale - Sicurezza alimentare

Quesiti	2022	2023	Differenza	Percentuale
---------	------	------	------------	-------------

CLASSIFICAZIONE ACQUE PRODUZIONE E STABILAZIONE	350	151	-	199	-57%
NON_DEFINITO		2		2	
RICERCA TRICHINELLA - MATTATOI REG. CEE 853/04	54.328	37.354	-	16.974	-31%
Totale complessivo	54.678	37.507	-	17.171	-31%

Il dettaglio degli esami è esposto nella tabella successiva:

Tabella 18: Dettaglio degli esami - Attività istituzionale (Sicurezza Alimentare)

Esami	2022	2023	Differenza
IZSPA/11 - RICERCA LARVE GENERE TRICHINELLA - SUINO	53.422,00	36.554,00	- 16.868,00
2AP/05 - LARVE DI TRICHINELLA SPP. - SUINI	862,00	473,00	- 389,00
5IA/169 - E. COLI β -GLUCURONIDASI POSITIVI METODO MPN NEI MOLLUSCHI	131,00	89,00	- 42,00
5IA/263 - CONTA DI FITOPLANCTON	42,00	2,00	- 40,00
5BR/293 - TOSSINE LIPOFILICHE MOLLUSCHI	36,00	6,00	- 30,00
5BR/055 - AMNESIC SHELLFISH POISON (A.S.P.)	38,00	10,00	- 28,00
6BR/01 - ANALISI DI BIOTOSSINE ALGALI PST NEI MOLLUSCHI BIVALVI	38,00	10,00	- 28,00
IZSBA/11 - SALMONELLA SPP.	40,00	15,00	- 25,00
IZSBA/110 - SALMONELLA SPP - ACQUA MARINA	4,00		- 4,00
IZSBA/112 - ESCHERICHIA COLI IN ACQUA CON IL METODO MPN - ACQUA MARINA	4,00		- 4,00
6OR/95 - RADIONUCLIDI EMETTITORI GAMMA MATRICI AGROALIMENTARI/DERIVAT	6,00	3,00	- 3,00
5MT/297 - RICERCA DEI VIRUS HAV E NOROVIRUS		2,00	2,00
6CA/55 - DETERMINAZIONE DI METALLI MEDIANTE ICP MS	11,00	16,00	5,00
IZSPA/18 - RICERCA LARVE DI TRICHINELLA SPECIE DIVERSE DAL SUINO	44,00	327,00	283,00
Totale complessivo	54.678,00	37.507,00	- 17.171,00

Altro non istituzionale - Sanità animale

La variazione dell'attività non istituzionale, relativa alla sanità animale, è ricollegabile al quesito "Non definito". La denominazione del quesito deriva dal fatto che al lato dell'accettazione, non essendo una informazione obbligatoria, determina la perdita di questa importante informazione.

La variazione totalizza il 55,04% della differenza complessiva (7.837 esami su 14.238 totali). Il dato riportato è sintomatico di una condizione sub-ottimale dell'alimentazione della procedura informatica e della completa tracciabilità delle informazioni. Al fine di affrontare la criticità sopra esposta, si stanno valutando azioni correttive, tra cui lo sviluppo della pre accettazione.

Tabella 19: Altro non istituzionale - Sanità Animale

Specifica	Quesito	2022	2023	Differenza	Percentuale
Motivazione non espressa	NON_DEFINITO	12.933,00	5.096,00	- 7.837,00	-61%
	ANATOMO PATOLOGICO	4.419,00	2.131,00	- 2.288,00	-52%
	CONTROLLO ACQUA USO ZOOTECNICO	1.569,00	417,00	- 1.152,00	-73%
	PARASSITOLOGICO	1.509,00	511,00	- 998,00	-66%
	MISURA 14	1.660,00	1.062,00	- 598,00	-36%
	CONTROLLO LATTE CRUDO	2.165,00	1.709,00	- 456,00	-21%
	CONVENZIONE SOC.AGRICOLA MEDIO CAMPIDANO-SERVIZI ANALISI MONITOR. DIAG	1.940,00	1.487,00	- 453,00	-23%
	ESAME COLTURALE	634,00	235,00	- 399,00	-63%
	ESAMI STAGIONE RIPRODUTTIVA EQUINA	924,00	764,00	- 160,00	-17%
	RINOTRACHEITE INFETTIVA BOVINA	534,00	498,00	- 36,00	-7%

	ESAME ISTOLOGICO	45,00	16,00	-	29,00	-64%
	PARATUBERCOLOSI	198,00	172,00	-	26,00	-13%
	ESAME COLTURALE DI MUCO CERVICO UTERINO EQUINO	19,00	6,00	-	13,00	-68%
	RICERCA MASTITI	6,00		-	6,00	-100%
	CONTROLLO ALIMENTI USO ZOOTECNICO	9,00	5,00	-	4,00	-44%
	FILARIOSI		2,00		2,00	
	MALATTIE RESPIRATORIE EQUINE		2,00		2,00	
	RICERCA PARVOVIRUS CANE E GATTO		2,00		2,00	
	RICHIESTA DIAGNOSI PER COMPRAVENDITA	3,00	5,00		2,00	67%
	CONTROLLO TAMPONI AMBIENTALI	2,00	6,00		4,00	200%
	CONTROLLI UFFICIALI PER MACELLAZIONE URGENZA FUORI MACELLO		14,00		14,00	
	RICERCA AGENTI ABORTIGENI (EQUINO)	15,00	38,00		23,00	153%
	VISNA MAEDI		76,00		76,00	
	CONVENZIONE AZIENDA AGRICOLA MONREALE - SERVIZI ANALISI MONITOR. DIAG.	21,00	113,00		92,00	438%
	Totale complessivo	28.605,00	14.367,00	-	14.238,00	-50%

I dieci esami più significative relative al quesito “**Non definito**” sono specificate nella tabella successiva:

Tabella 20: Esami relativi ad "Altro non istituzionale" – Quesito "Non definito"

Esami	2022	2023	Differenza	Percentuale
IZSSI/46 -ELISA CAEV-ELISA VISNA MAEDI	1.648	520	-1.128	-68%
IZSSI/18 - ELISA PARATUBERCOLOSI	1.589	521	-1.068	-67%
9SI/07 -MAT LEPTOSPIRA	689	197	-492	-71%
IZSSI/28 -ELISA VISNA-MAEDI	440		-440	-100%
IZSSI/53 -ANTICORPI DIAGNOSI RINOTRACHEITE INFET. BOV.(BHV1) GB	464	106	-358	-77%
IZSVI/02 - ELISA DIARREA VIRALE BOVINA - MALATTIA DELLE MUCOSE	430	89	-341	-79%
CENRE/10 -DIAGNOSI PARASSITOLOGICA DI UOVA DI CESTODI IN FECI CANIDI	215		-215	-100%
9PZ/21 - RICERCA ANTICORPI IGG ANTI-BABESIA CABALLI-ANTI THEILERIA EQU	204	23	-181	-89%
IZSSI/43 - RICERCA ANTICORPI SU SIERO,PLASMA,LATTE DIAGNOSI NEOSPORA C	180	4	-176	-98%
CENRE/04 - IDENTIFICAZIONE IN PCR DI UOVA DI ECHINOCOCCO	165		-165	-100%

Altro non istituzionale - Benessere animale

Relativamente al benessere animale, la variazione principale è riconducibile alle patologie degli animali da affezione, come esposto nella tabella successiva.

Tabella 21: Analisi dei quesiti – Benessere Animale

Quesito	2022	2023	Differenza	Percentuale
ANATOMO PATOLOGICO		14	14	
NON_DEFINITO	3.466	1.257	- 2.209	-64%
PATOLOGIE ANIMALI DA AFFEZIONE - CANE	13.585	9.764	- 3.821	-28%
PATOLOGIE ANIMALI DA AFFEZIONE - GATTO	1.576	780	- 796	-51%
PROFILO METABOLICO	72	16	- 56	-78%
Totale complessivo	18.699	11.831	-6.868	-37%

Attività Istituzionale

L'attività istituzionale è composta dalle zoonosi e dai piani.

Tabella 22: Attività istituzionale

Tipologia	Specifica	2022	2023	Differenza
Attività istituzionale	Zoonosi	2.794,00	4.155,00	-19.079,00
	Piani	128.043,00	107.603,00	

Relativamente ai piani, la variazione dell'attività è composta principalmente dal quesito "Attività istituzionale - Sanità Animale", come esposto nella tabella successiva.

Tabella 23: Attività istituzionale

Quesito	2022	2023	Differenza	Percentuale
ALTRO NON ISTITUZIONALE SANITA ANIMALE	294,00	21,00	- 273,00	-93%
ATTIVITA ISTITUZIONALE SANITA ANIMALE	113.585,00	93.889,00	- 19.696,00	-17%
ATTIVITA ISTITUZIONALE SICUREZZA ALIMENTARE	14.164,00	12.937,00	- 1.227,00	-9%
FAUNA		11,00	11,00	
VACCINI		745,00	745,00	
Totale complessivo	128.043	107.603	- 20.440	-16%

Attività istituzionale - Sanità Animale

Le azioni e le strategie comunitarie, nazionali e regionali correlate ai piani di eradicazione delle malattie animali hanno portato ad un importante risultato, sia in termini di efficacia dell'azione, sia in termini di efficienza organizzativa, così come evidenziato dal numero di quesiti effettuati, nello specifico:

- Piano nazionale eradicazione brucellosi ovicaprina (-22.626 prestazioni in meno rispetto al 2022);

Nella tabella successiva sono riepilogati i primi 10 quesiti che hanno registrato una variazione significativa rispetto all'anno precedente.

Tabella 24: Analisi quesiti sanità animale

Quesiti	2022	2023	Differenza	Percentuale
TIPOLOGIA I - PIANO NAZIONALE ERADICAZIONE BRUCELLOSI OVICAPRINA	37.816	15.190	-22.626	-60%
BLUE TONGUE - SBT11 - PIANO DI CONTROLLO ANIMALI SENTINELLA	12.907	206	-12.701	-98%
MALATTIA DI AUJESZKY - MONITORAGGIO SIEROLOGICO	5.736	1.955	-3.781	-66%
CONTROLLO SCRAPIE SU PICCOLI RUMINANTI REGOLARMENTE MACELLAT	7.710	5.570	-2.140	-28%
BLUE TONGUE - SBT11 - SCREENING ANIMALI SENTINELLA	2.094	39	-2.055	-98%
EHD - SORVEGLIANZA A CAMPIONE	2.640	855	-1.785	-68%
MALATTIA DI AUJESZKY - ACCREDITAMENTO I° PRELIEVO	2.259	727	-1.532	-68%
BLUE TONGUE SBT05 - 1- RINTRACCIAMENTO ANIMALI ZONE PROTEZ./SORVEGLIANZA	1.152		-1.152	-100%
GENOTIPIZZAZIONE IN AZIENDA FOCOLAIO UFFICIALE DI SCRAPIE OVINA	3.729	2.601	-1.128	-30%
MOVIMENTAZIONE EXTRAREGIONALE ANIMALI SENSIBILI ALLA BLUE TONGUE	765	15	- 750	-98%

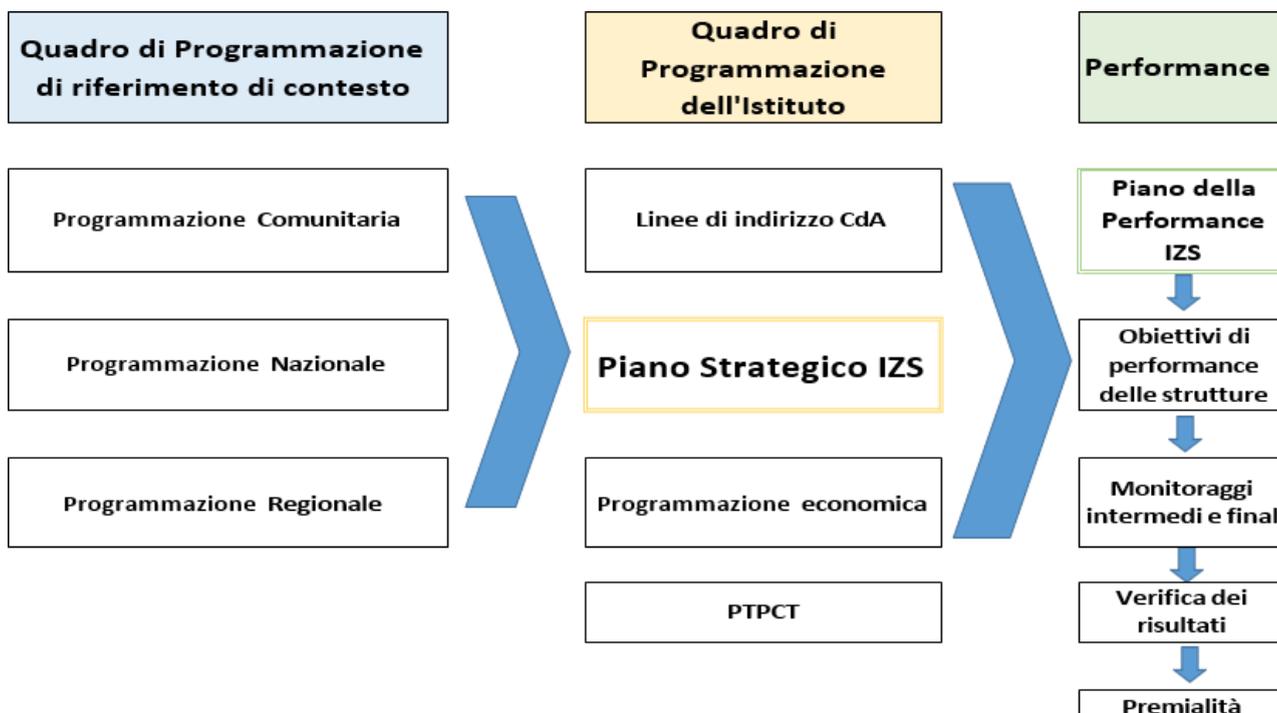
La riduzione del quesito "BLUE TONGUE - SBT11" non è rilevante, perché le prestazioni nel 2023 sono state registrate nella voce "EHD -BT sentinelle", come esposto nella tabella

successiva.

Tabella 25: EHD Sentinelle - Compensazione del quesito BLUE TONGUE – SBT11

Quesito	2022	2023	Differenza
EHD - BT SENTINELLE	35	22.762	22.727

Schema logico della performance – dalla programmazione strategica agli obiettivi specifici



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

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

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

La Direzione ha proseguito nel percorso di riorganizzazione dell’Istituto, dando nuovo

impulso ad un processo di riflessione organizzativa condiviso con il Comitato Strategico dell'Ente, che ha portato alla definizione del Piano Strategico per gli anni 2022-2024, presentato e condiviso con il CdA (Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 1.1 del 2/02/2022) e successivamente approvato con determina del Direttore Generale n. 116 del 17/02/2022.

Tale documento delinea e traccia il percorso dell'azione di sviluppo e governo dell'Ente per il prossimo triennio, secondo ben definite traiettorie:

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

2. Potenziare e rilanciare i centri di referenza nazionale, porsi in modo "distintivo" nella rete degli IZS. I Centri di Referenza Nazionale (CdRN), localizzati presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica. Le loro funzioni, in base all'art.2 del D. M. 4 ottobre 1999, sono finalizzate a confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori; attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; avviare idonei "ring test" tra gli II. ZZ. SS.; utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; predisporre piani d'intervento; collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi; fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche. I Centri di referenza nazionale sono veri e propri centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni Internazionali con le quali collaborano, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità Animale (OIE) e l'Agenzia delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura. Tali Organizzazioni chiedono, ai Centri di Referenza di mettere a disposizione le tecnologie, i servizi, i progetti di ricerca i prodotti diagnostici e profilattici, la formazione per sostenere la crescita dei Paesi membri. L'Istituto è sede di tre Centri di Referenza Nazionale, inseriti, nell'attuale organizzazione, presso le SC sanità animale - CeNRE e CRENMOC - e presso la struttura diagnostica territoriale di Nuoro (CRNPB). L'attuale direzione ritiene che esistano al momento grandi potenzialità di sviluppo per i Centri di Referenza in tutti i settori: ricerca, formazione, trasferimento tecnologico, cooperazione. Indispensabile sarà riposizionare e rafforzare il loro ruolo all'interno dell'istituto diventando poli di riferimento primario all'interno della strategia "One Health" orientando le loro azioni verso politiche sanitarie

sempre più trasversali a supporto della sanità e al benessere degli animali, della salute dell'uomo e della sostenibilità ambientale. L'Istituto sosterrà il rilancio dei centri mettendo in atto delle azioni rappresentate da:

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

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

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

- potenziare la struttura formazione inserendo nuove figure professionali, amministrative e tecniche. Allo scopo ci si potrà avvalere dei collaboratori di ricerca che rappresenterebbero i collettori ideali tra servizio formazione e le esigenze dell'utenza. Tali figure, adeguatamente formate, potranno essere in grado di sviluppare percorsi formativi altamente rispondenti alle esigenze degli stakeholder, collaborare con tutti i settori interni ed esterni all'Istituto per sviluppare programmi di educazione sanitaria, comunicare efficacemente.
- rivisitare l'organizzazione del servizio, suddividendolo in specifici settori (formazione residenziale; FAD; educazione sanitaria, comunicazione) in modo da orientare l'offerta dei

servizi.

- Investire in tecnologie per permettere di erogare formazione su vasta scala ed implementare gli strumenti gestionali;
- Attivare contratti per acquisire strutture e servizi a supporto della formazione.

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

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

6. Ottimizzare organizzazione e governance. Il nuovo modello di governance e organizzazione dell'Istituto, attraverso l'utilizzo di adeguati approcci, metodi e strumenti di gestione ampiamente diffusi anche in ambito pubblico, dovrà favorire e promuovere il

consolidamento di una cultura professionale e manageriale orientata al cambiamento e basata sulla collaborazione sinergica tra le diverse componenti (amministrative, di supporto e sanitarie), che garantisca l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse (economiche, professionali, materiali e immateriali), in un quadro di sostenibilità del cambiamento e coerentemente alle strategie individuate dall'Istituto.

In maniera coerente rispetto al percorso di riorganizzazione intrapreso e di quanto previsto nel Piano Strategico 2022 – 2024, le sette Aree strategiche con i relativi obiettivi attraverso i quali sviluppare le azioni per il triennio 2023- 2025 sono le seguenti:

AREE E OBIETTIVI STRATEGICI PER IL TRIENNIO

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

Obiettivi strategici

AS1OS1 - Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder

AS1OS2 - Potenziamento delle attività analitiche

AS1OS3 - Sviluppo di nuove tipologie di analisi di laboratorio

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

AS1OS5 - Maggior raccordo con le aziende sanitarie

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

AS1OS7 - Sviluppo di nuove politiche sanitarie orientate al concetto di "One Health"

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

- AREA STRATEGICA 2: Ricerca e Innovazione

Obiettivi strategici

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

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

AS2OS3 - Promuovere le pubblicazioni scientifiche

AS2OS4 - Promuovere le reti di collaborazione nazionali ed internazionali, le sinergie tra le istituzioni pubbliche e private

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

AS2OS6 - Promuovere la cultura del dato/transizione digitale

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

Obiettivi strategici

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

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

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

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

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

AS3OS6 - Valorizzazione e sviluppo del tariffario dell'Ente

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

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

Obiettivi strategici

AS4OS1 - Riorganizzazione dei Centri orientata alla mission istituzionale

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

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

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

- AREA STRATEGICA 5: Formazione e comunicazione

Obiettivi strategici

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

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

AS5OS3 - Sviluppo del piano formativo aziendale

AS5OS4 - Sviluppo del piano di comunicazione dell'Istituto

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

Obiettivi strategici

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

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

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

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

Obiettivi strategici

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

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

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

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

AS7OS5 – Promozione di maggiori livelli di trasparenza

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

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

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

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

Tabella 26: Obiettivi di performance

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS1-Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder	AS1OS1OSP01	Miglioramento dell'accessibilità ai servizi di accettazione dell'istituto attraverso l'adozione di sistemi di gestione informatizzata condivisa con l'utenza istituzionale (preaccettazione dei campioni ambito sanità animale e sicurezza alimentare)	Stato avanzamento	Avvio utilizzo in produzione del software sviluppato per il D.lgs. 136 di polizia veterinaria e sviluppo implementazione dell'integrazione tra Sigla e il sistema SINVSA (progettazione sviluppata 2023)	A regime	A regime
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS1-Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder	AS1OS1OSP02	Nell'ottica della nuova riorganizzazione messa a punto di processi diagnostici condivisi (con almeno 3 strutture) finalizzati all'ottimizzazione di percorsi analitici di ricerca e di sperimentazione e indagini di laboratorio nell'ambito One Health / green deal-farm to fork	N° di processi diagnostici	5 procedure secondo gli standard interni della qualità	Ulteriori 5	Ulteriori 5
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS1-Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder	AS1OS1OSP03	Soddisfare la capacità di laboratorio per l'assolvimento (parte di competenza) dei LEA riferibili alla sicurezza alimentare in conformità con il piano nazionale integrato dei controlli	Numero di offerta di esami (diversificata per mangimi, alimenti e acque, ecc.), su numero da set richiesto	1	1	1

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS1-Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder	AS1OS1OSP04	Riduzione (mantenimento) dei tempi di pagamento delle fatture rispetto al dato storico	% Riduzione	< dato storico	< dato storico	< dato storico
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS2-Potenziamento delle attività analitiche	AS1OS2OSP01	Predisposizione piano accreditamento analisi quantitativa per la ricerca di biotossine algali nei campioni positivi analisi screening - Miglioramento dei tempi di refertazione	Refertazione del 50% delle prove entro 7 gg lavorativi	atteso 60% minimo 50%	atteso 65% minimo 55%	atteso 70% minimo 60%
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS8 - Piano di fattibilità per la progettazione e sviluppo della sede diagnostica di Olbia	AS1OS8OSP01	Potenziamento delle attività territoriali con apertura nuova sede ad Olbia	Stato avanzamento	Allestimento locali	Avvio delle attività territoriali	A regime
AS1_Consolidamento_efficientamento_attivita_istituzionale	AS1OS1-Azioni di miglioramento orientate alle nuove esigenze degli stakeholder	AS1OS1OSP05	Realizzazione sezione del sito per l'interrogazione del tariffario e della carta dei servizi consultabile on line con tutta la documentazione allegata	Stato avanzamento	Sviluppo integrazione tra i software attualmente in uso e sezione del sito dedicata alla carta dei servizi (automatismo tra modifiche effettuate ed informazioni pubblicate)	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS1-Valorizzazione delle figure del ricercatore e del collaboratore all'interno della Piramide della Ricerca	AS2OS1OSP01	Aumento del numero di progetti di ricerca presentati e approvati	Incremento di progetti presentati/approvati	2	2	2

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS3-Promuovere le pubblicazioni scientifiche	AS2OS3OSP01	Aumentare la produzione scientifica dell'Istituto (esclusi i Centri di Referenza)	Aumento % produzione scientifica rispetto all'anno precedente	Incremento del 5 % rispetto all'anno precedente	Ulteriore 5 % rispetto all'anno precedente	Ulteriore 5 % rispetto all'anno precedente
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS4-Promuovere le reti di collaborazione nazionali ed internazionali, le sinergie tra le istituzioni pubbliche e private	AS2OS4OSP01	Realizzazione di un Centro Regionale per lo studio di Metodi Alternativi applicabili sia alla Medicina umana che veterinaria, in un'ottica di One Health.	Stato avanzamento	Progettazione e Avvio	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS5-Promuovere l'innovazione tecnologica, la razionalizzazione delle risorse strumentali e delle attività svolte.	AS2OS5OSP01	Realizzazione di un sistema di gestione strutturata del supporto all'attività di ricerca e di divulgazione dei risultati	Stato avanzamento	Pubblicazione nel sito con sezioni predisposte alimentate	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS7-Realizzazione progetto Appàre PNRR	AS2OS7OSP01	Reclutamento risorse umane previste da PNRR per l'IZS secondo tempistiche di progetto	Numero unità	Arruolamento entro marzo 2024	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS7-Realizzazione progetto Appàre PNRR	AS2OS7OSP02	Espletamento procedure di acquisizione beni e servizi secondo le specifiche del progetto	Stato avanzamento	Acquisizione prodotti previsti dal progetto (cloud - accesso internet - tablet - supporti informatici etc)	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS7-Realizzazione progetto Appàre PNRR	AS2OS7OSP02	Avvio del cascade funding previsto dal PNRR	Stato avanzamento	Predisposizione bando a cascata e pubblicazione	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS7-Realizzazione progetto Appàre PNRR	AS2OS7OSP03	Definizione del sistema di gestione dei flussi finanziari tra Hub e Spoke e Spoke e affiliati	Stato avanzamento	Revisione procedura gestione flussi	A regime	A regime

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS7- Realizzazione progetto Appare PNR	AS2OS7OSP04	Definizione accordi e sistema di regole e procedure per la gestione delle relazioni tra Spoke e affiliati	Stato avanzamento	Revisione accordi e sistema regole	A regime	A regime
AS2_ricerca_innovazione	AS2OS7- Realizzazione progetto Appare PNR	AS2OS7OSP05	Partecipazione a gruppi di lavoro per l'espletamento delle attività previste dal progetto	Evidenza documentale	Definizione di protocolli diagnostici relativi al progetto APPare E. INS Ecosystem of Innovation for Next Generation Sardinia	Applicazione /Diffusione	A regime
AS3_Supporto_“diagnostico”_ai_soggetti_privati_e_alle_impresedel_territorio_regionale_nazionale	AS3OS2 - Rispondere ai nuovi ambiti di competenza e di attività, intercettando le esigenze del territorio	AS3OS2OSP01	Specializzazione delle sezioni diagnostiche rispetto alle specie animali e tipologie di allevamento presenti nel territorio e rafforzamento della rete di collaborazioni con i professionisti del territorio (veterinari, associazioni etc.)	Numero di protocolli diagnostici specialistici e di pathology round organizzati sull'argomento	2 protocolli + 2 pathology round	Ulteriori 2	Ulteriori 2
AS3_Supporto_“diagnostico”_ai_soggetti_privati_e_alle_impresedel_territorio_regionale_nazionale	AS3OS4 - Potenziamento tecnologico, strutturale e delle risorse umane dell'officina farmaceutica (produzione dei vaccini stabulogeni)	AS3OS4OSP01	Potenziamento delle produzioni attraverso la realizzazione di una nuova officina farmaceutica	Progettazione preliminare nuova officina farmaceutica	Conclusione lavori e trasferimento	A regime	A regime

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS3_Supporto_“diagnostico”_ai_soggetti_privati_e_alle_impresedel_territorio_regionale_nazionale	AS3OS6 - Valorizzazione e sviluppo del tariffario dell'Ente	AS3OS5OSP01	Revisione del tariffario	Revisione e completamento tariffario come da offerta analitica	Proposta alla RAS delle integrazioni e revisioni del tariffario completo di tutte le prove previste nel documento "offerta analitica" pubblicata nel sito	A regime	A regime
AS4_Potenziamento_e_sviluppo_dei_Centri_di_Riferenza_Nazionali	AS4OS3- Potenziamento delle reti di collaborazione regionali, nazionali ed internazionali	AS4OS3OSP01	Miglioramento degli indicatori presenti all'interno della griglia di valutazione dei CRN del MINSAL rispetto alle aree di produzione scientifica, attività analitica di consulenza e di formazione	Aumento % produzione scientifica rispetto all'anno precedente	Incremento del 5 % rispetto all'anno precedente	Ulteriore 5 % rispetto all'anno precedente	Ulteriore 5 % rispetto all'anno precedente
AS5_Formazione_e_comunicazione	AS5OS1-Sviluppo dell'agenzia di formazione regionale per la sanità pubblica veterinaria	AS5OS1OSP01	Promozione del ruolo di riferimento formativo scientifico dell'Ente per tutto il settore veterinario attraverso la creazione di un'agenzia di formazione regionale Academy	Stato avanzamento	Allestimento locali	Avvio Accademy	A regime
AS5_Formazione_e_comunicazione	AS5OS2-Promuovere lo sviluppo delle competenze tecnico professionali del personale interno ed esterno	AS5OS2OSP01	Formare (parte di competenza) gli operatori della sanità pubblica veterinaria regionale in materia di controlli ufficiali e campionamento degli alimenti	N° eventi formativi svolti sul totale degli eventi programmati	Piena esecuzione del programma di eventi formativi nel corso dell'anno, come da nota RAS n. 24384 del 26/09/2023 rivolto al personale RAS/IZS/ASL su specifiche tematiche volte ad accrescere le competenze	Piena esecuzione del programma di eventi formativi nel corso dell'anno richiesti dalla RSA	Piena esecuzione del programma di eventi formativi nel corso dell'anno richiesti dalla RSA

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS5_Formazione_e_comunicazione	AS5OS4 - Sviluppo del piano di comunicazione dell'Istituto	AS5OS4OSP01	Predisposizione del piano di comunicazione istituzionale e adozione dei piani editoriali per i diversi canali	Evidenza documentale	Attuazione del piano di comunicazione e applicazione piani editoriali per i diversi canali	A regime	A regime
AS6_Ridurre l'impatto ambientale delle attività dell' Istituto	AS6OS2-Rinnovo della flotta automezzi con un orientamento verso le nuove forme di alimentazione, anche in relazione a progetti di autoproduzione dell'energia elettrica da fonti rinnovabili (con relativa ricerca e gestione delle fonti di finanziamento)	AS6OS2OSP01	Migliorare efficienza energetica degli immobili attraverso l'installazione di impianti di produzione di energia fotovoltaica	Grado di realizzazione progetto dell'Istituto per le energie alternative	Ulteriore 30%	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS1-Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP01	Miglioramento tempestività dei processi di affidamento e gestione degli acquisti e dei contratti, adozione dei documenti, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità e correttezza dell'azione amministrativa, attraverso la delega di funzioni ai dirigenti e l'adozione di determine dirigenziali.	Attuazione delle deleghe	100% delle strutture	A regime	A regime

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS2-Sviluppo delle strategie e degli strumenti per la transizione digitale	AS7OS2OSP01	Erogare i propri servizi a utenti / imprese utilizzando le piattaforme abilitanti già messe a disposizione a livello nazionale per la gestione dei servizi di base (autenticazione, Pagamenti, notifiche, etc.)	Numero integrazioni	Applicazione integrazione contabilità con PAGOPA	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS2-Sviluppo delle strategie e degli strumenti per la transizione digitale	AS7OS2OSP02	Adeguamento del software in uso (Siope+, SIGLA, Gestione Atti) per l'utilizzo della Firma Digitale remota	N° adeguamenti / N° necessità	1	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS2-Sviluppo delle strategie e degli strumenti per la transizione digitale	AS7OS2OSP03	Attività di Cyber Risk Assessment per l'analisi del rischio: attivazione delle misure preventive previste nel piano evolutivo	Stato avanzamento	Applicazione del piano	Applicazione del piano	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS3-Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali	AS7OS3OSP04	Analisi e mappatura dei processi tecnico-amministrativi finalizzata alla predisposizione di un manuale delle procedure secondo i criteri della Qualità	Stato avanzamento	Realizzazione Manuale delle procedure	A regime	A regime

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS3-Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali	AS7OS3OSP03	Ottimizzazione delle procedure di gestione del personale mediante l'implementazione del fascicolo elettronico del dipendente (come previsto dal Decr.interm.MIPA-MEF del 01/02/2023)	Stato avanzamento	Alimentazione del fascicolo elettronico per il 25% del personale	Alimentazione del fascicolo elettronico per il 50% del personale	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS3-Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali	AS7OS3OSP05	Gestione controllata dell'inoltro dei campioni ad altri enti per analisi esterne	Stato avanzamento	Avvio attività presso accettazione centralizzata, riduzione dei tempi di spedizione	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS4-Potenziamento ed estensione dei principi e delle procedure di qualità ai processi tecnico-amministrativi	AS7OS4OSP02	Estensione dei processi di qualità alle produzioni dell'Istituto. Accredитamento con norma EN ISO 9001:2015 dell'officina farmaceutica (produzione dei vaccini stabulogeni)	Completamento del percorso di accreditamento	Chiusura percorso formativo - Audit finale	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS5 - Promozione di maggiori livelli di trasparenza	AS7OS5OSP01	Miglioramento della trasparenza attraverso la definizione e l'applicazione di procedure di rilevazione della soddisfazione da parte degli utenti	Stato avanzamento	Somministrazione questionari, Rilevazione, analisi e individuazione correttivi	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS5 - Promozione di maggiori livelli di trasparenza	AS7OS5OSP02	Revisione della carta dei servizi dell'Istituto con indicazione degli standard qualitativi secondo normativa (es. tempi di risposta)	Stato avanzamento	Aggiornamento periodico carta dei servizi, adeguamento alla nuova riorganizzazione	Aggiornamento periodico	Aggiornamento periodico

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS2-Sviluppo delle strategie e degli strumenti per la transizione digitale	AS7OS2OSP04	Portare in cloud i software attualmente residenti nel Data Center IZS utilizzando servizi e infrastruttura qualificati da AGID	Stato avanzamento	Trasferimento di almeno 3 applicativi	Trasferimento di almeno 3 applicativi	Trasferimento di tutti gli applicativi presenti nel Piano
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS4 - Potenziamento ed estensione dei principi e delle procedure di qualità ai processi tecnico-amministrativi (es. certificabilità dei dati e delle informazioni del bilancio di esercizio) anche in un'ottica di trasversalità funzionale (es. procedure di produzione e vendita di servizi a privato)	AS7OS4OSP01	Stesura o revisione dei documenti organizzativi a seguito della riorganizzazione aziendale	Evidenza documentale	Produzione di uno o più documenti organizzativi	Applicazione	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS1 - Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP02	Mappatura dei processi delle costituenti strutture aziendali	Evidenza documentale	Produzione analisi e definizione dei nuovi processi	Applicazione e verifica dei processi previsti	A regime

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS1 - Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP03	Predisposizione e analisi del budget	Evidenza documentale	Programmazione degli acquisti di forniture ed investimenti in base all'attività effettuata	Predisposizione delle quote di budget	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS1 - Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP04	Sviluppo del sistema autorizzativo	Evidenza Documentale	Predisposizione del regolamento e mappatura del processo	Implementazione del sistema informatico	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS2 - Sviluppo delle strategie e degli strumenti per la transizione digitale	AS7OS2OSP05	Potenziamento della rete informativa	Evidenza documentale	Revisione di tutte le anagrafiche e successivo inserimento negli applicativi aziendali	Monitoraggio periodico della qualità delle anagrafiche	Monitoraggio periodico della qualità delle anagrafiche

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS3 - Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali (es. attività commerciale, attività di ricerca, ecc.) favorendo una migliore integrazione funzionale tra le diverse componenti tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative	AS7OS3OSP01	Sviluppo e potenziamento dei processi a supporto delle strutture amministrative e tecnico sanitarie	Evidenza documentale	Sviluppo dei processi amministrativi e tecnico sanitari a supporto delle costituenti strutture	Applicazione e monitoraggio	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS6 - Potenziamento e sviluppo del sistema di Qualità dell'Istituto	AS7OS4OSP03	Revisione e valorizzazione dei metodi	Evidenza documentale	Revisione e valorizzazione dei metodi di prova	Aggiornamento periodico	Aggiornamento periodico
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS6 - Potenziamento e sviluppo del sistema di Qualità dell'Istituto	AS7OS4OSP04	Tracciabilità degli operatori che eseguono le prove	incremento % della tracciabilità sulla piattaforma SIGLA	+60%	A regime	A regime
AS1_Consolidamento_efficientamento_attività_istituzionale	AS1OS2- Potenziamento delle attività analitiche	AS1OS2OSP02	Interscambiabilità degli operatori in ambito dipartimentale per le metodiche coerenti con i rispettivi profili professionali	Incremento delle abilitazioni alle prove per singolo dipendente e contestuale caricamento su GTP (Gestione Tecnica del Personale)	25%	50%	100%

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP07	Predisposizione applicativo per la gestione e il monitoraggio delle abilitazioni alle metodiche di prova	Tracciabilità delle abilitazioni, monitoraggio delle scadenze	Sviluppo / revisione del software Gestione Tecnica del personale	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS1-Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP05	Applicazione degli strumenti relativi alla contabilità analitica	Evidenza documentale	Sviluppo del nuovo piano dei centri di costo	Monitoraggio degli scarichi della contabilità analitica	Monitoraggio degli scarichi della contabilità analitica

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sost enibilità_dei_sistemi_e_degl i_strumenti_gestionali	AS7OS1 - Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS1OSP06	Reclutamento risorse umane previste da PTFP	Numero unità	Espletamento di almeno il 50% dei concorsi previsti da PTFP per l'anno di riferimento	Espletamento di almeno il 80% dei concorsi previsti da PTFP per l'anno precedente e di riferimento	Espletamento di almeno il 80% dei concorsi previsti da PTFP per l'anno precedente e di riferimento
AS7_Potenziamento_e_sost enibilità_dei_sistemi_e_degl i_strumenti_gestionali	AS7OS1 - Sviluppo e potenziamento degli strumenti gestionali di staff a supporto dei processi decisionali (programmazione e controllo, ciclo della performance, sviluppo di sistemi di misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza, Piano Integrato Attività e Organizzazione, ecc.)	AS7OS4OSP05	Quantificazione dei fondi contrattuali	Evidenza documentale	Quantificazione dei fondi contrattuali	Quantificazione dei fondi contrattuali	Quantificazione dei fondi contrattuali
AS7_Potenziamento_e_sost enibilità_dei_sistemi_e_degl i_strumenti_gestionali	AS7OS3-Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali	AS7OS3OSP02	Ottimizzazione e revisione del processo di approvvigionamento garantendo la tracciabilità completa dei prodotti consumati	Stato avanzamento	Monitoraggio e perfezionamento	Indice di carico/scarico	A regime

Area	Obiettivo Strategico	Codice	Obiettivo specifico	Indicatore	Valore atteso 2024	Valore atteso 2025	Valore atteso 2026
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS5 - Promozione di maggiori livelli di trasparenza	AS7OS5OSP03	Implementazione e messa a regime della cd. "Trasparenza totale" con revisione e aggiornamento del Regolamento sugli Accessi	Evidenza documentale	Revisione e aggiornamento del regolamento sugli accessi	Aggiornamento periodico	Aggiornamento periodico
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS5 - Promozione di maggiori livelli di trasparenza	AS7OS5OSP04	Studio e sviluppo di adeguate soluzioni informatiche per la gestione, semplificazione e automatizzazione delle pubblicazioni e della trasparenza	Evidenza documentale	Produzione delle necessità per la realizzazione dell'analisi delle soluzioni informatiche adeguate	Applicazione	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS5 - Promozione di maggiori livelli di trasparenza	AS7OS5OSP05	Promuovere azioni di sensibilizzazione, implementare la formazione per favorire la trasparenza	Corsi di formazione in merito come da PFA 2024	100% del personale dipendente	A regime	A regime
AS7_Potenziamento_e_sostenibilità_dei_sistemi_e_degli_strumenti_gestionali	AS7OS3-Sviluppo e revisione dei processi gestionali trasversali	AS7OS3OSP06	Adattamento della procedura sull'infungibilità in coerenza con la nuova organizzazione	Evidenza documentale	entro il 30/06/2024	A regime	A regime

2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Rischi corruttivi

Premessa

Il presente documento è predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e dell' trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi della legge n. 190 del 2012, formulati in una logica di integrazione con quelli specifici programmati in modo funzionale alle strategie di creazione di valore.

Il quadro normativo avviato con il Decreto Legge 9.06.2021, n. 80 (convertito il 6.08.2021), che ha previsto l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), in una prevalente ottica di semplificazione, e al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese", si è completato con il DPR 24 giugno 2022 n. 81 che ha individuato, fra gli adempimenti soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, anche gli adempimenti inerenti l'articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della Legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione), e con il DM 132/2022 che ha fornito lo schema tipo.

Il PTPCT è quindi confluito nell'apposita sezione del PIAO 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza".

Gli si ricorda in premessa alcuni passaggi evidenziati dall'ANAC nel PNA 2022:

- "le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma esse stesse produttive di valore pubblico e strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese"
- "in questa particolare fase storica in cui sono impegnate ingenti risorse finanziarie e in cui, proprio al fine di rendere più rapida l'azione delle amministrazioni, sono state introdotte deroghe alla disciplina ordinaria, è ad avviso dell'Autorità necessario ribadire chiaramente che è fondamentale ed indispensabile programmare e attuare efficaci presidi di prevenzione della corruzione."
- "nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa."

Gli elementi essenziali della sottosezione, volti ad individuare e a contenere rischi corruttivi, sono quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della Legge n. 190 del 2012 e del Decreto Legislativo n. 33 del 2013.

La sezione rischi corruttivi e trasparenza, rispetto a quanto già previsto nella prima stesura del PIAO 2022, è aggiornata con lo scopo di attuare efficaci strategie di prevenzione e

contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità all'interno dell'Istituto, al fine di valutare l'esposizione degli uffici al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.

Rileva evidenziare, come già esposto nella Premessa al PIAO, che si è provveduto ad una ridefinizione del modello organizzativo dell'Istituto, approvata con DGR della Regione Sardegna n. 29/10 del 08.09.2023, attualmente in fase di attuazione, tenuto conto anche della L.R. n. 24 dell'11 settembre 2020 e s.m.i. di riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia, che ha interessato i processi di produzione dei servizi, per assicurarne la sostenibilità dei processi di creazione del valore sanitario e socio-economico, sia in termini di risorse disponibili e consumate, sia di approcci gestionali ed operativi. In questo contesto, il presente documento non si configura come un'attività ultimata e definita, bensì come un insieme di processi che gradualmente richiederanno di essere modificati, integrati e migliorati in riferimento ai risultati ottenuti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione e al contrasto del rischio della corruzione sempre più rispondente alle esigenze dell'Istituto - anche in armonia con quanto previsto dalle disposizioni ANAC ed, in particolare del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019, del PNA 2022 e dell'Aggiornamento 2023, al fine di renderlo coerente con il nuovo modello organizzativo.

È importante, inoltre, segnalare che, con l'attuazione della riorganizzazione aziendale che prevede una struttura Sistema Qualità, Accreditamento, Risk Management e Sicurezza sul Lavoro, l'Ente si avvia verso un percorso di gestione integrata dei rischi, che prenderà ad esame lo svolgimento dei processi e delle attività, al fine di creare valore aggiunto per gli stakeholders.

Oltre alla gestione del rischio corruzione, così come disposto dalle previsioni normative (Legge n. 190/2012) e dagli indirizzi contenuti nei PNA, l'attuale sistema andrà implementato in un'ottica più ampia di "risk management" che preveda la valutazione e gestione di tutti i tipi di rischi, al fine di diminuire la probabilità di erosione del Valore Pubblico.

Ulteriore elemento da tenere in considerazione per quanto attiene la dinamicità e il graduale perfezionamento del processo anticorrittivo, è il coinvolgimento dell'Ente in iniziative legate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di presidiare il settore ed arginare potenziali rischi, come meglio specificato nei successivi paragrafi.

L'ANAC, ha, infatti, ben evidenziato come "l'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, ad avviso dell'Autorità, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative."

[Iter di approvazione](#)

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, come sottosezione

2.3 del PIAO dell'Istituto, viene sottoposto, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, all'approvazione del Consiglio di amministrazione, per il tramite della Direzione Aziendale dell'Ente. Il Piano è approvato dal Consiglio di Amministrazione e trasmesso all'OIV.

Allo stato attuale, nelle more della nomina del nuovo CdA, il Piano viene approvato con determina del Direttore Generale, salvo la successiva ratifica ai sensi di legge.

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

L'ultima consultazione è avvenuta in data 10/01/2024 ed alla data del 22/01/2024, termine ultimo per la presentazione di contributi e suggerimenti, risulta pervenuto n. 1 contributo da personale interno all'Ente.

Soggetti coinvolti nel processo di prevenzione del rischio

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

- ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione e per la Valutazione e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche a cui, in qualità di Autorità Nazionale Anticorruzione, competono le funzioni di cui all'art. 1, commi 2 e 3, della L. 190/2012 ed in particolare approvare il Piano Nazionale Anticorruzione;
- L'Autorità di indirizzo politico, cui compete nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione e approvare il Piano triennale della prevenzione della corruzione;
- Il Responsabile della Prevenzione della corruzione dell'Istituto cui compete, in particolare, proporre all'organo di indirizzo politico l'adozione del piano anticorruzione, svolgere i compiti indicati nella circolare del DFP n°1/2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art.15 d. lgs. N°39/2013), definire le procedure per selezionare e formare il personale operante in settori esposti alla corruzione; elaborare la relazione annuale sull'attività svolta, assicurarne la pubblicazione e curare compiti e funzioni proprie del suo ruolo, come specificato nell'allegato 2 alla Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 'Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT);
- Il supporto per la prevenzione che svolge attività informativa nei confronti del Responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione;
- Tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza che, in particolare, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria, partecipano al processo di gestione del rischio, propongono le misure di prevenzione, osservano le misure contenute nel piano;
- L'OIV che partecipa al processo della gestione del rischio, svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;

- L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), che provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e propone l'aggiornamento del codice di comportamento;
- Tutti i dipendenti dell'amministrazione che partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel PTPC e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD.

Definizione di corruzione

Il concetto di corruzione rilevante ai fini del piano anticorruzione, così come definito dal Dipartimento della Funzione Pubblica con circolare n.1/2013, è un concetto ampio "comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli art.318, 319 e 319 ter, c.p. e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite".

Pertanto, è necessaria una attenta e rigorosa applicazione delle procedure di verifica delle attività, stabilendo regole e condotte per l'attuazione di un modello organizzativo interno che permetta di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e, quindi, faciliti l'osservanza delle stesse e conseguentemente la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione come richiesto dalla legge n. 190/2012.

Analisi contesto esterno

La valutazione di impatto del contesto esterno è fondamentale per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Nella convinzione che la conoscenza del contesto in cui si opera sia fondamentale per l'individuazione di misure più efficaci ed appropriate per la prevenzione di eventuali eventi corruttivi, fatto rinvio a quanto già descritto nella sezione 2.1 Valore pubblico-Contesto di riferimento del PIAO, si procede ad un breve cenno sulle caratteristiche specifiche del territorio, in termini di condizioni socioeconomiche, culturali e criminologiche.

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

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

Nello svolgimento dei suddetti compiti l'Ente si colloca in un contesto economico sociale che

si conferma, come descritto nei precedenti Piani, piuttosto provato da una fase recessiva, che, a seguito dei due anni di pandemia, e, tenuto conto, inoltre, delle conseguenze della guerra fra Russia e Ucraina e del recente conflitto in Medio Oriente, permane e rappresenta, insieme al calo demografico e ai bassi livelli di istruzione, un elemento di criticità tutt'ora preoccupante.

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

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

Di grande importanza per l'economia locale il settore turistico, che, dopo la forte penalizzazione causata dalla pandemia inizia a dare segni di ripresa.

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

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

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

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

Sono in crescita i casi di delitti contro la persona come lo stalking e lo sfruttamento della prostituzione e in aumento anche i reati in materia ambientale come l'inquinamento e i rifiuti.

I reati contro la Pubblica Amministrazione si concretizzano, come indicato nelle relazioni inaugurali dell'anno giudiziario da parte del Presidente della Corte dei Conti (anni 2018-2021), sostanzialmente in casi di:

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

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

Per quanto concerne le tipologie dei reati nel periodo in considerazione, come confermato nella relazione inaugurale dell'anno giudiziario 2023 della Corte d'Appello di Cagliari, il Distretto ha registrato una sostanziale stabilità dei dati relativi ai reati contro la P.A., mentre appaiono in lieve aumento i reati contro il patrimonio.

Altri settori appetibili per la criminalità sono quelli relativi alle fonti di energia rinnovabile ovvero alla gestione del trattamento dei rifiuti.

Per una più dettagliata analisi del contesto regionale si fa riferimento a quanto la Regione Sardegna nella DGR 11.07.2022 indica nel proprio PIAO:

Sviluppo demografico, economia del territorio e dinamiche socio-culturali

Il rallentamento della crescita a livello globale dovuto principalmente ad un minor dinamismo del commercio internazionale e alla crisi sanitaria pandemica ha fortemente colpito anche l'economia regionale della Sardegna.

La Regione Sardegna non ha recuperato i livelli di sviluppo precedenti la crisi e resta ancora al disotto dei valori conseguiti nel passato in tutte le attività produttive. A questo aspetto viene aggiunta poi l'evoluzione fortemente negativa degli indicatori demografici, insularità e perifericità, denatalità e spopolamento delle aree interne, bassa densità della popolazione e scarsa domanda locale.

Per fronteggiare la crisi economica, demografica e socio-culturale e favorire l'uscita dall'emergenza sanitaria, si attende una profonda evoluzione nella gestione dei processi nella pubblica amministrazione.

Le riforme e gli investimenti programmati hanno la finalità di eliminare molti vincoli burocratici, semplificare le procedure di affidamento dei contratti pubblici e razionalizzare i procedimenti amministrativi, con il rischio che – senza un adeguato sistema di gestione e controllo – possa crearsi un substrato particolarmente fertile per la corruzione. Oltre a ciò, la piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e della Programmazione comunitaria 2021-2027 determinerà inevitabilmente, in un'ottica di rilancio del paese, una domanda crescente di prevenzione dei rischi di corruzione e di trasparenza nella spendita dei fondi pubblici, in considerazione delle possibili distorsioni dei processi decisionali e di spesa rispetto alle condizioni di normalità.

Per tale motivo, con il supporto dell'Autorità nazionale anticorruzione e delle Autorità di Gestione, si adotteranno tutte le azioni deputate al migliore perseguimento degli obiettivi di prevenzione anche con mirato riferimento all'attuazione del PNRR e della Politica di coesione europea 2021-2027.

Profilo criminologico del territorio regionale e provinciale di riferimento

La criminalità percepita nella scala del Corruption Perceptions Index (CPI), la classifica

globale più utilizzata al mondo, la percezione della corruzione nel settore pubblico, secondo esperti e uomini d'affari, in Italia è migliorata di tre punti in un anno, scalando la classifica internazionale di 10 posti. Con un punteggio di 56/100, l'Italia risulta essere la 42esima posizione su 180 paesi e il 17° posto su 27 paesi europei (la media UE del CPI è di 64/100), seguendo un trend di continua crescita dal 2016 al 2021. La percezione della corruzione sta migliorando progressivamente, grazie anche ai massicci interventi del legislatore in materia di trasparenza e anticorruzione, allo sviluppo di nuovi strumenti, all'impegno delle Istituzioni e degli enti per la lotta alla corruzione e la promozione della trasparenza, volano per il conseguimento di risultati ancora migliori.

La mappa della corruzione in Sardegna, come riportata dai mass media, evidenzia, secondo la ricerca di Transparency International Italia, una numerosità di casi di corruzione non elevata (pari al 4% dei casi rilevati sul territorio nazionale) che a livello regionale si concentra prevalentemente nel territorio di Cagliari.

Il contesto criminale

Nella Relazione sull'attività delle forze di polizia per l'anno 2019 si riporta che la Sardegna è caratterizzata da manifestazioni delinquenti di matrice autoctona – talora anche a carattere organizzato – ma estranee alle logiche e alle modalità criminali proprie delle storiche associazioni mafiose. Tuttavia, la presenza nelle carceri isolane di detenuti in regime di alta sicurezza legati a sodalizi mafiosi siciliani, calabresi, campani e pugliesi non è estranea al progressivo insediamento in loco di soggetti a loro collegati. Le mire espansionistiche delle compagini locali si indirizzano alla ricerca di stabili possibilità di inserimento nei “mercati” di investimento più remunerativi. In questo senso continua ad essere privilegiata l'acquisizione di proprietà immobiliari e la rilevazione di attività commerciali che insistono presso gli insediamenti turistici di maggior rilievo, con il fine di riallocare e reinvestire capitali di provenienza illecita.

In occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, con cui venivano diffusi i dati contenuti nella Relazione sull'amministrazione della giustizia nel Distretto giudiziario di Cagliari per l'anno 2021, a fronte di una modesta diminuzione dei procedimenti per reati contro il patrimonio, nel periodo di riferimento, i 23 procedimenti per il reato di riciclaggio rappresentano un aumento delle sopravvenienze rispetto alle 19 del periodo precedente (erano state invece 14 nel 2019). In tale contesto si considerano di particolare rilevanza i dati sulla gestione delle segnalazioni di operazioni sospette, diffusi dall'Unità di Informazione Finanziaria istituita dal D.lgs. 231/2007 presso la Banca d'Italia. Nel corso del 2020, l'Unità, ha ricevuto 1757 segnalazioni relative al territorio regionale e nel primo semestre del 2021 si registravano 897 operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo riferite all'Isola, in leggero aumento rispetto alle 833 del primo semestre del 2020.

Nell'ambito della categoria di reati poc'anzi richiamati si rileva in costante calo il numero dei procedimenti per usura. Nella Relazione sull'amministrazione della giustizia per il 2020 si osserva tuttavia che il dato statistico è verosimilmente ingannevole e dipende più che da una effettiva remissione del fenomeno, dalla ritrosia delle persone offese a denunciare. È altamente prevedibile che il ricorso al credito usurario aumenterà fortemente a seguito della gravissima crisi economica conseguente alle restrizioni imposte dalla pandemia e da più parti

si è segnalato il rischio che la criminalità organizzata investa le ingenti liquidità di cui dispone per elargire prestiti usurari di fatto non estinguibili al fine di impossessarsi di interi settori economici. In linea con questa previsione si osserva che, a fronte delle 22 sopravvenienze per il reato di usura relative al periodo luglio 2019-giugno 2020, si registrano 8 procedimenti nel corso del 2021, per cui se da una parte si continua ad assistere alla diminuzione del numero dei procedimenti, risulta importante rivolgere particolare attenzione al fenomeno e ai fattori ad esso correlati. Particolare rilievo nel contesto esterno, in termini di condizionamenti impropri che potrebbero derivare sull'attività dell'amministrazione, è attribuibile al fenomeno degli atti intimidatori nei confronti degli amministratori pubblici. Nel 2019 la Sardegna, con il censimento di 50 episodi, ha registrato un sensibile decremento rispetto all'anno precedente, quando era risultata la Regione maggiormente interessata alla fenomenologia (78 episodi nel 2018), posizionandosi al settimo posto tra le Regioni italiane, dopo la Sicilia, la Lombardia, la Puglia, la Campania, la Calabria e l'Emilia-Romagna.

La tendenza alla diminuzione del fenomeno in argomento è stata confermata poi negli anni successivi: gli atti intimidatori commessi nel 2020 sono stati 31, e a fronte di 20 episodi registrati nei primi 9 mesi del 2020, gli eventi rilevati nello stesso periodo del 2021 sono stati 1822.

Nella Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata per l'anno 2019, si riporta che gli atti intimidatori commessi non solo in pregiudizio di amministratori di Enti locali, ma anche avverso imprenditori e titolari di esercizi commerciali, costituiscono una fenomenologia delittuosa "secolare", ancora molto diffusa in Sardegna, con caratteristiche peculiari, sia in termini di criminogenesi delle motivazioni che criminodinamiche delle modalità esecutive, che indicano come la "atipicità sarda" sia da non sovrapporre e/o ricondurre a episodi e/o situazioni maturati nel resto della Penisola, ove prevalgono finalità parassitarie e predatorie, sostanzialmente propedeutiche a richieste estorsive. Un aspetto di particolare tensione - peraltro non ancora definito - che ha accompagnato il periodo di impasse economica dell'ultimo triennio è rappresentato da alcuni comportamenti connessi alla c.d. vertenza latte, ossia la protesta degli allevatori di ovini che, in ragione delle difficoltà a coprire i costi di produzione del latte da avviare alla lavorazione prima di essere immesso sul mercato, hanno organizzato prolungate manifestazioni di piazza con episodi, anche se sporadici, di assalti armati ed incendiari ad autocisterne che trasportavano latte per la vendita al dettaglio.

[Focus sui delitti contro la Pubblica Amministrazione](#)

In occasione della cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2021, la Corte d'Appello di Cagliari ha rilevato un leggero calo delle sopravvenienze dei delitti contro la pubblica amministrazione, nel distretto di competenza, che nel periodo 1° luglio 2019 - 30 giugno 2020 risultano in diminuzione, in quanto sono stati iscritti n. 388 procedimenti rispetto ai 447 del periodo precedente (-59), di cui 33 per peculato, 16 per corruzione ed 1 per concussione. La tendenza di calo complessivo viene confermata anche in riferimento ai dati dell'anno appena trascorso che assiste a n. 365 procedimenti (-23) anche se con specifico riferimento ai reati di peculato, corruzione e concussione si registra un aumento delle

sopravvenienze (44 per peculato, 21 per corruzione e 3 per concussione). Allo stesso tempo la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Nuoro evidenzia che i reati contro la Pubblica Amministrazione, al pari dei reati contro l'ambiente e quelli economici, si affiancano con una significativa presenza ai tradizionali fenomeni criminosi. Parallelamente, la Presidente della Sezione giurisdizionale regionale della Corte dei Conti locale già nel 2021 osservava che i fenomeni corruttivi hanno determinato costi sempre più crescenti, che si traducono, inevitabilmente, anche in pregiudizi rilevanti per l'erario e, in definitiva, per l'economia nazionale. La lotta alla corruzione costituisce un impegno prioritario anche in vista delle ingenti risorse di provenienza europea di cui il nostro Paese è destinatario e di prossima devoluzione. In linea con queste previsioni, nella Relazione per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, si sottolinea che molte delle aspettative dei Cittadini sono riposte negli effetti attesi dall'attuazione del PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza -che poggiano sull'introduzione delle riforme attese da anni e, in primis, di quelle del sistema tributario e della Pubblica amministrazione.

Nella stessa Relazione si richiama l'articolo 8 del D.L. 77/2021, convertito con L. 108/2021 in base al quale ciascuna amministrazione centrale titolare di interventi previsti nel PNRR è tenuta a provvedere al coordinamento delle relative attività di gestione, nonché al monitoraggio, alla rendicontazione e al controllo degli investimenti e delle riforme di pertinenza e a dotarsi, in tale ottica, di un adeguato sistema di gestione e controllo, con l'inclusione di misure finalizzate alla prevenzione, all'individuazione e alla rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interesse e della duplicazione di finanziamenti, evidenziando i rischi connessi al possibile sviamento dal fine pubblico e all'illecito utilizzo delle pubbliche risorse.

La necessità di garantire la corretta gestione e il perseguimento degli obiettivi individuati dal Legislatore, nonché di intervenire per il ripristino della legalità e il risarcimento dei danni eventualmente arrecati, interpella direttamente la Magistratura contabile in tutte le sue articolazioni”.

Di particolare rilievo, inoltre, quanto riportato nel PIAO dell'AOU di Sassari circa l'impatto del Covid-19 e del conflitto in Ucraina sul contesto regionale.

Contesto esterno e Covid-19

Nel 2020 la diffusione epidemica di Covid-19 ha fortemente colpito l'economia regionale così come l'intero Paese. A partire da marzo 2020, la riduzione della possibilità di spostarsi liberamente e la sospensione di molte attività economiche, hanno comportato un forte rallentamento della produzione e una caduta della domanda. Successivamente, l'attenuarsi del contagio insieme all'allentamento del blocco produttivo e delle misure di distanziamento fisico hanno favorito una ripresa dell'attività economica, che tuttavia rimane indebolita.

Durante il periodo pandemico, è emersa una situazione preoccupante in termini di corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

L'epidemia di coronavirus, oltre a causare una gravissima emergenza sanitaria, pertanto, ha comportato modifiche nella gestione di alcuni processi creando, soprattutto nella sanità, un terreno particolarmente fertile per la corruzione. La crisi pandemica ha colpito le attività

produttive in misura eterogenea.

Il blocco amministrativo e la caduta della domanda hanno rallentato soprattutto l'attività nei servizi, colpendo in misura particolare il commercio non alimentare, le filiere turistiche e dei trasporti. Anche nell'industria la maggior parte delle imprese ha registrato un calo del fatturato, con indicazioni maggiormente negative nella prima parte della crisi in un quadro che ha indotto gli operatori a comprimere anche gli investimenti. Le condizioni economiche e finanziarie delle imprese sono peggiorate nel corso dell'anno e la frenata produttiva si è riflessa sulla redditività delle imprese.

La gestione emergenziale dei processi di approvvigionamento ha elevato il grado di discrezionalità dei processi decisionali, accelerato e semplificato le procedure di approvvigionamento di beni, servizi e personale, generando un ricorso estensivo a meccanismi più esposti a rischio di condizionamenti impropri, quali l'affidamento diretto.

La debolezza dei controlli, la rapidità della diffusione del contagio e la conseguente esigenza di accentramento delle scelte delegate ai vertici delle centrali di committenza, sono segnalate come fattori di crescita del rischio corruzione nella pandemia.

È possibile pensare che fattori di potenziamento delle attività criminali nel settore della sanità pubblica possano essere:

- La transazione verso la fase post-pandemica;
- L'aumentata capacità di spesa, data l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare a quelle relative alla c.d. Missione 6c2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";
- La Semplificazione dei processi, che è funzionale alla realizzazione degli obiettivi del PNRR, ma qualora non ben presidiata può portare verso la deresponsabilizzazione amministrativa anziché al rafforzamento della capacità funzionale della P.A., della qualità e della trasparenza della sua azione.

Contesto esterno e guerra in Ucraina

Gli effetti del conflitto ucraino-russo scoppiato a febbraio 2022, sta mettendo sotto pressione l'economia isolana a causa dei rincari delle materie prime, dell'energia e dei carburanti, come gas, petrolio, grano e alluminio, ma anche per il rallentamento dei flussi turistici, sta mettendo sotto pressione le imprese sarde, rischiando così di compromettere la ripresa delle aziende.

Nel dettaglio si collocano nella trincea avanzata i settori con una maggiore intensità energetica: dalla metallurgia alla petrolchimica, dalla carta al vetro, dalla ceramica ai trasporti. Nei comparti manifatturieri energy intensive sono sempre più numerosi i casi in cui il divario tra costi e ricavi diventa insostenibile, costringendo al fermo dell'attività: a due anni dal lockdown sanitario siamo arrivati al rischio di lockdown energetico. Il caro-carburanti sta colpendo il trasporto merci e persone. Le carenze di materie prime provenienti da Russia e Ucraina, associate a costi crescenti delle forniture, coinvolgono le imprese nei settori dell'alimentare, dei metalli e delle costruzioni.

Il conflitto rappresenta pesanti conseguenze anche sul turismo, già duramente colpito dalla

recessione da Covid-19. Il blocco dei vacanzieri dalla Russia, inoltre, innesca effetti differenziati sul territorio.

Analisi contesto interno

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna, come già detto, è un Ente sanitario di

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

Sono organi dell'Istituto:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale.

Le articolazioni organizzative dell'Istituto sono riportate nell'organigramma contenuto nel presente Piano.

Il Consiglio di Amministrazione (insediato nel 2019 - Delibera CdA 3.2 del 18.07.2019 - e decaduto nel luglio 2023), risulta attualmente vacante mentre il Collegio Sindacale è stato nominato nel 2022 (Determina del Direttore Generale n. 667 del 03/08/2022).

L'Istituto ha concluso il percorso di stabilizzazione del personale precario ai sensi della L. R. 37/2016 (i contratti di lavoro sono stati stipulati con decorrenza 1.07.2021), ed attivato le procedure previste dalle norme relative alla cosiddetta "piramide della ricerca" (Determina del Direttore Generale n. 1007 del 13 dicembre 2019), per l'assunzione diretta del personale in prima applicazione, appartenente ai profili professionali di "ricercatore sanitario" e "collaboratore professionale di ricerca sanitaria", previste dal nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità, area Ricerca. Le procedure legate alla "piramide della ricerca" sono proseguite nel corso del 2020 e del 2021. A seguito della pubblicazione del DPCM attuativo del 21.04.21, nel 2022 e nel 2023 sono state istruite ed espletate le procedure concorsuali per l'assunzione di ricercatori e collaboratori professionali di ricerca e, alla data odierna, sono state assunte 39 unità lavorative.

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

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

Il Piano Triennale della performance, di cui alla Sez. 2.2 del presente Piano, in linea con le traiettorie delineate nel Piano Strategico, nel declinare gli obiettivi di performance, pone particolare attenzione allo sviluppo di maggiori livelli di trasparenza, comunicazione e formazione, come di seguito descritto nella sezione dedicata alla Trasparenza, cui si rinvia, nonché all'impegno nel proseguire lo sviluppo degli strumenti di controllo e gestione degli approvvigionamenti di beni e tecnologia infungibili, aspetto già curato e previsto fra le misure di prevenzione della corruzione intraprese dall'Ente.

Compiti prioritari e responsabilità del responsabile della prevenzione della corruzione

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

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

- elabora e propone il piano della prevenzione della corruzione;
- definisce procedure atte a selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti a rischio di corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- propone modifiche in caso di mutamenti dell'organizzazione e in caso di accertate violazioni;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, per quanto possibile, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione;
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione;
- pubblica la relazione annuale sui risultati dell'attività.

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

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

Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il d. lgs. n. 39/2013 “disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”, definisce che il Responsabile anticorruzione ha il compito di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi. Deve adempiere, inoltre, agli oneri informativi e di denuncia previsti all’art. 15 dello stesso decreto.

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

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

Altrettanto importante è la prevista interazione fra RPCT e OIV.

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

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

Il ruolo del RPCT dell’Ente si è concretizzato nella redazione e diffusione di sue direttive in materia di anticorruzione e trasparenza, (es. nota prot. 1417/2017), aventi ad oggetto nello specifico le seguenti tematiche: Rapporto Performance e PTPC; Trasparenza; Processo degli Acquisti; Set dati minimi oggetto di pubblicazione; Appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000,00; Programmazione; Acquisti in esclusiva/infungibili (nota prot. n. 2341 del 15.03.2018); Determina del Direttore Generale n. 938/2019 “Approvazione del Regolamento per gli acquisti di materiali di consumo e apparecchiature dichiarati infungibili e/o esclusivi” e Determina del Direttore Generale n. 116/2020 “Nomina della commissione di valutazione dei materiali di consumo e apparecchiature dichiarati infungibili e/o esclusivi”.

Nel 2022 il RPCT si è confrontato con l’organo di indirizzo circa le novità normative introdotte dal

D.L. 80/2021 in materia di piano integrato di attività e organizzazione (nota protocollo n°1639 del 25/03/2022) e con i dirigenti (nota protocollo n°2606 del 13/05/2022) sul rispetto delle disposizioni in materia di acquisti in esclusiva /infungibili e di conflitto di

interessi. Nel 2023 è proseguito il confronto con l'OIV (prot. n. 284 del 13.01.2023), con l'organo di indirizzo (prot. n. 463/2023 e 1784/2023), nonché con i dirigenti e i referenti per la trasparenza in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (prot. n. 4710/2023, 5392/2023, 5787/2023).

Supporto all'attività del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

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

Il Responsabile si è avvalso, fin dai primi anni di impostazione del sistema anticorruzione e trasparenza, di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale, opportunamente formato in materia, per l'attuazione delle relative disposizioni, individuata nel Servizio Affari Generali e URP. La Struttura indicata non è esclusivamente dedicata a tale scopo e da tempo si è evidenziata la necessità di valutare soluzioni organizzative ad integrazione dell'attuale assetto, in ragione della complessità degli adempimenti, dell'esigenza di disporre anche di figure tecniche in grado di fornire la necessaria assistenza informatica per l'automatizzazione dei processi legati alle banche dati e alle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente e nonché degli adempimenti normativi, in particolare per quanto riguarda il Regolamento UE 679/16.

Il supporto della Struttura non può che tradursi, allo stato attuale, al mero contributo, in termini di studio e informativa al RPCT, per ciò che attiene all'aggiornamento del PTPCT - Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del presente documento - ed alla predisposizione della sua Relazione Annuale, mentre nell'esplicazione delle attività, il Responsabile dell'anticorruzione dovrà essere affiancato dai Dirigenti e dai Responsabili degli uffici e/o strutture, ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione, al fine di una piena condivisione degli obiettivi e di una più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti, anche attraverso l'utilizzo di una rete di referenti, in analogia con quanto già attuato per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

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

decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.”

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

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

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

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

La responsabilità dei dirigenti in materia di anticorruzione

La concreta attuazione delle misure anticorruzione è strettamente legata al ruolo attivo dei dirigenti. Infatti, il vertice aziendale impartisce indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato che tutte le unità organizzative forniscano il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione (cfr. Circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica).

In particolare, con il D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge

n. 135 del 2012, sono state introdotte tre lettere nell’ambito del comma 1 dell’articolo, attribuendo ai dirigenti specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) prevedono che i dirigenti:

- “1-bis) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell’ufficio cui sono preposti;
- 1-ter) forniscono le informazioni richieste dal Responsabile della prevenzione della corruzione per l’individuazione delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

- 1-quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

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

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

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

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

Individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione

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

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

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

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

La mappatura dei processi viene effettuata nelle aree di rischio individuate dall'art. 1, comma 16 della legge 190/2012 e raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'art. 16, comma 1, lettera a-bis, del D. Lgs 30 marzo 2001 n. 165.

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

- Autorizzazioni o concessioni;
- Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con

riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006 n. 163. Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara (art. 1 comma 17 legge 190/2012);

- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del decreto legislativo 150 del 2009;

L'individuazione delle strutture aziendali interessate nella gestione del rischio è stata fatta, nella fase iniziale di impostazione dell'intero sistema, dall'allora Direttore Amministrativo dell'Ente con riferimento alle Strutture Complesse e Semplici di cui è costituita l'organizzazione dell'Istituto. Il censimento dei procedimenti interessati alla valutazione e trattamento del rischio è soggetto a revisione continua, secondo specifica verifica, considerata la natura della materia, le esigenze organizzative, il verificarsi di eventi significativi, l'evoluzione della normativa di settore. Le variazioni in questione vengono gestite anche in armonia con gli interventi di revisione dell'Atto Aziendale. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, essendo in fase di approvazione i documenti di riorganizzazione dell'Istituto, sarà necessario intervenire aggiornando anche i predetti procedimenti in coerenza col nuovo modello organizzativo.

Secondo quanto indicato dall'Aggiornamento al piano nazionale anticorruzione (determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015) l'Istituto, già nel PTPC 2016-2018, aveva tenuto conto della fase di riorganizzazione intrapresa in quel momento e della mancanza di risorse dedicate; per tali ragioni non aveva potuto adempiere nei tempi previsti alla mappatura dei processi, limitandosi ad un primo censimento dei processi a rischio per le aree cosiddette "obbligatorie", e successivamente effettuava la mappatura delle aree relative ai processi del settore tecnico-sanitario.

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

La gestione del rischio

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

L'intero processo nell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna si fonda sulla partecipazione e sull'attivazione di meccanismi di consultazione e con il coinvolgimento dei

Dirigenti e Referenti per le aree di rispettiva competenza.

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

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

Mappatura dei processi attuati dall'Azienda

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

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

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

Le Mappature effettuate dall'Istituto sono pubblicate sull'apposita sezione Amministrazione Trasparente, alla voce Altri Contenuti – Corruzione.

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

Permane la necessità di procedere all'aggiornamento delle mappature effettuate.

In considerazione del processo di riorganizzazione aziendale avviato dall'Ente, attualmente in fase di attuazione, ci si riserva un aggiornamento delle mappature dei processi alla luce del nuovo assetto istituzionale. L'ufficio di supporto, in accordo con il RPCT, ha suggerito, a tal fine, l'opportunità di un software dedicato, anche in vista di una mappatura integrata (anticorruzione/performance) e di uno snellimento delle attività, incluse quelle di monitoraggio.

Valutazione del rischio

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

Per valutazione del rischio si intende il processo di:

- Identificazione;
- Analisi;
- Ponderazione del rischio.

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

L'attività di identificazione richiede che per ciascun processo o fase di processo siano fatti

emergere i possibili rischi di corruzione. Gli eventi di corruzione possono essere identificati:

- Con il contributo dei soggetti coinvolti nei processi a rischio (dipendenti, responsabili, utenti...) mediante consultazione e confronto tra i soggetti stessi, tenendo presenti le specificità dell'Ente, di ciascun processo e del livello organizzativo a cui il processo o la sottofase si colloca;
- Un utile contributo può essere dato dai dati tratti dall'esperienza e, cioè, dalla considerazione dei precedenti giudiziari (in particolare i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) che hanno interessato l'Ente;
- La determinazione degli indici di valutazione della probabilità di ciascun processo;
- Stimando l'efficacia del sistema dei controlli adottato;

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

L'analisi del rischio consiste nel determinare il livello di rischio degli eventi di corruzione per "misurarli" in base alla loro Probabilità e al loro Impatto sull'organizzazione. È la valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

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

A tal fine per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Istituto che sia utile per ridurre la probabilità del rischio e la valutazione sull'adeguatezza del controllo è fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'Istituto, quindi, non

rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di:

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

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

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

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

La ponderazione può essere effettuata in base ai seguenti criteri:

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

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

Il trattamento del rischio

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

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

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

Aree di rischio trattate

Il presente Piano recepisce le aree di rischio che la L. n. 190/2012 individua espressamente

cometali, vale a dire le aree che sono elencate nell'art.1, comma 16, comuni ed obbligatorie a tutte le pubbliche amministrazioni e, in quanto tali, in considerazione della loro massima rischiosità vengono trattate. Tiene conto, inoltre, delle indicazioni (metodologiche, operative e gestionali) contenute nel PNA ed applica alle aree in tal modo individuate le indicazioni e le misure di prevenzione di cui al PTPC medesimo.

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

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

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

Attività a rischio di corruzione

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

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

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

- **“Autorizzazioni o concessioni”:**

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

- **Procedure di prevenzione:**

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

- **“Scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui al D Lgs n. 50/2016”:**

- predisposizione di atti di gara (progetti, capitolati speciali etc) per l’affidamento di lavori, servizi e forniture;
- affidamento, sia all’interno che all’esterno dell’attività di progettazione, direzione e collaudo di lavori, servizi e forniture;
- progettazione, direzione e collaudo di lavori, servizi e forniture;
- affidamento diretto di appalti senza procedura di gara;
- procedura in economia per l’affidamento di lavori, servizi e forniture, nomina del RUP;
- liquidazione e pagamenti a imprese appaltatrici di lavori, servizi e forniture;
- liquidazione fatture e pagamento per contanti del servizio di cassa;
- gestione del magazzino;
- rotazione del conferimento degli incarichi di RUP, di progettazione, direzione lavori, collaudi;
- fase dell’aggiudicazione dell’appalto;
- procedure per l’affidamento, smaltimento, rifiuti di cui al D. Lgs 81/2008;
- scelta dei fornitori di materiale di consumo e di servizi. Procedure di prevenzione
- validazione della legittimità della procedura di gara da adottare da parte del dirigente responsabile;
- validazione delle attività della direzione lavori e dell’organo di collaudo da parte del dirigente responsabile;

- contatti con gli imprenditori, concorrenti ed aggiudicatari: devono avvenire esclusivamente con il RUP e/o con il dirigente responsabile della struttura preposta alla gestione dell'appalto. Di tali contatti deve essere data comunicazione al responsabile della prevenzione della corruzione;
 - in caso di difficoltà nell'individuazione dell'oggetto della gara va effettuata una indagine esplorativa, in maniera aperta, trasparente e tracciabile tra più imprese operanti nel settore;
 - invitare, per le procedure in economia, le imprese inserite nell'albo detenuto dall'Istituto secondo il criterio della rotazione;
 - determinazione ex ante, dei limiti entro cui è possibile, l'affidamento diretto;
 - ispezione e verifiche a campione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione o di un suo delegato.
 - regolamentazione e monitoraggio sui beni e servizi infungibili
- **“Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili, finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati”:**
 - Preselezione progetti da presentare ad enti erogatori di finanziamenti /finanziamenti per la ricerca e/o la formazione didattica;
 - partecipazioni, convenzioni, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione di qualunque natura e contratti con enti pubblici e/o a sostegno delle attività di ricerca;
 - iniziative per dipendenti volte alla promozione di attività culturali, sportive e ricreative,
 - contributi formazione facoltativa;
 - azioni per il recupero dei crediti;
 - gestione dei rapporti con Istituti di credito e società finanziarie con riferimento a cessioni e finanziamenti.
- **Procedure di prevenzione:**
 - predeterminazione dei criteri per l'attribuzione dei benefici anche attraverso appositi regolamenti;
 - pubblicazione degli elenchi dei beneficiari sul sito web istituzionale;
 - verifiche a campione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione o un suo delegato.
- **“Concorsi prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni giuridiche ed economiche”**
 - **“Sezione per l'accesso ad incarichi di consulenza, collaborazioni coordinate e continuative ai corsi di formazione, di studio, attivati a qualunque titolo”:**

- predisposizione bandi di concorso/selezione;
- nomina commissioni di concorso/selezione e relativi compensi;
- progressioni di carriera verticali per il personale tecnico –sanitario, amministrativo a tempo indeterminato;
- procedure concorsuali selettive per assunzione di personale dirigente, tecnico-sanitario, amministrativo a tempo indeterminato, a tempo determinato, conferimento di incarico art. 7, comma 6 D.Lgs.165/2001; progressioni di carriera verticali e orizzontali, reclutamento a qualunque titolo di personale esterno;
- procedure selettive per il conferimento di consulenze, collaborazioni coordinate e continuative, assegnazione di borse di studio per l'espletamento di progetti di ricerca.

- **Procedure di prevenzione:**

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

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

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

- **Mappatura Servizio Ragioneria;**
- **Mappatura Servizio Acquisizione Beni e Servizi Mappatura Servizio Personale;**
- **Mappatura Servizio Affari Generali.**

[Ulteriori aree di rischio individuate nel settore tecnico in base alla specificità delle attività istituzionali:](#)

- **Processo di prova dall'accettazione campioni alla refertazione**

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

Accettazione; Attività di prova; Attività di ricerca; Produzione vaccini.

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

- **Scelta tecnica su attrezzature e materiale di consumo**

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

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

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

È opportuno ribadire che l'individuazione del rischio di corruzione effettuata e sopra descritta, sarà oggetto di monitoraggio da parte del Responsabile della prevenzione e sarà soggetta ad aggiornamento ed implementazione, in quanto potranno essere trattate altre sotto aree, attività e processi a rischio, in particolare per quanto attiene le attività legate al Progetto per la Realizzazione dell'Ecosistema eINS-Ecosystem of Innovation for Next Generation Sardinia. Decreto direttoriale MUR di concessione del finanziamento prot. n. 1056 del 23 giugno 2022 (codice identificativo ECS00000038) nell'ambito del PNRR.

I compiti dei dipendenti e dei dirigenti

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

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

competenza.

- Essi devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis legge 241/1990, in caso di conflitto d'interessi, dall'adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e provvedimenti finali, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale.
- La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.
- I dipendenti che svolgono le attività a rischio di corruzione riferiscono, a decorrere dalla data di adozione del presente Piano, periodicamente al dirigente di riferimento, circa il rispetto dei tempi procedimentali e circa qualsiasi anomalia accertata, indicando, per ciascun procedimento nel quale i termini non sono stati rispettati, le motivazioni in fatto e in diritto di cui all'art. 3 della legge 241/1990, che giustificano il ritardo.
- I dirigenti, con particolare riguardo alle attività a rischio di corruzione, informano, tempestivamente e senza soluzione di continuità, il Responsabile della prevenzione della corruzione, in merito al mancato rispetto dei tempi procedimentali, fondamentale elemento sintomatico del corretto funzionamento e rispetto del Piano per la prevenzione della corruzione e di qualsiasi altra anomalia accertata, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendole al Responsabile della prevenzione della corruzione, nel caso non rientrino nella competenza esclusiva dirigenziale. Pertanto, i suddetti responsabili verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e relazionano al Responsabile del piano riguardo a:
 - dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
 - il numero dei procedimenti conclusi;
 - il numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate, sono messi a disposizione per le pubblicazioni prescritte dalla normativa vigente.
- I dipendenti individuati dai dirigenti dei settori interessati opportunamente formati, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della L. 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, rendono accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti e procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.
- Le stazioni appaltanti valuteranno, in accordo con il Responsabile della prevenzione della corruzione, la possibilità di inserire nei bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara (art. 1, comma 17, L.190/2012).
- Ciascun Dirigente propone, annualmente, al Responsabile del Piano per la prevenzione della corruzione, il piano annuale di formazione della propria U.O., con

esclusivo riferimento alle materie inerenti alle attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano e l'elenco dei dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui all'art. 1, comma 1 della L. 190/2012.

- Ciò posto, il dirigente è tenuto a relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione sulle attività poste in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel Piano per la prevenzione della corruzione, nonché a rendicontare sui risultati realizzati, in esecuzione del Piano triennale della prevenzione.
- I dirigenti indicano al Responsabile della prevenzione le forniture di beni, servizi, lavori da appaltare nei successivi dodici mesi, avendo cura di attivare le procedure di selezione, secondo le modalità di cui alla normativa di riferimento, con congruo anticipo rispetto alla scadenza dei contratti aventi per oggetto la fornitura di beni, servizi, lavori.
- I Dirigenti di tutte le articolazioni aziendali, inoltre, dovranno effettuare una adeguata attività informativa per la corretta conoscenza e applicazione del codice di comportamento adottato dall'azienda, mentre un monitoraggio annuale sulla sua attuazione ed una verifica del relativo stato di applicazione, sempre annuale, dovrà essere fatto dall'UPD.

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

MISURE GENERALI

Trasparenza

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

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

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

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

Il percorso già intrapreso in collaborazione con il Servizio Sistemi Informatici e Telematici ha consentito di automatizzare alcune pubblicazioni.

La trasparenza, come di seguito meglio evidenziato nell'apposita sottosezione 2.3.2, assume un ruolo fondamentale in questo particolare momento storico, in cui, come precisato anche nelle indicazioni contenute nell'Aggiornamento 2023 al PNA, è necessario presidiare l'area dei contratti pubblici.

In particolare le misure di prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza rappresentano una risposta efficace e calibrata rispetto ai rischi corruttivi soprattutto a seguito della riforma introdotta in materia di contratti pubblici (d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici" intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC).

Trasparenza e privacy

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

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

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

L'Istituto, alla luce di quanto sopra esposto, si è confrontato in più occasioni con il DPO, in virtù dei suoi specifici compiti, anche di supporto e consulenza per l'amministrazione,

sottoponendogli quesiti specifici in ordine a diverse fattispecie soggette a pubblicazione, acquisendone i pareri e adeguando conseguentemente il proprio operato.

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

L'Istituto ha, inoltre, intrapreso un percorso di sensibilizzazione e di formazione del personale in materia di privacy, mediante l'adesione ad incontri e giornate formative organizzate dal DPO.

Codice di comportamento

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

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

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

Di conseguenza, il codice di comportamento è da considerarsi una misura di prevenzione della corruzione fondamentale, in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti in senso legale ed eticamente corretto, e, pertanto, indirizzano l'azione amministrativa; tant'è che la legge 190/2012, chiarisce che la violazione delle regole del Codice generale approvato con DPR e dei codici adottati da ciascuna amministrazione dà luogo a responsabilità disciplinare.

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

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

È stato inoltre coinvolto il Nucleo di Valutazione per gli adempimenti di competenza.

Il Codice viene inoltre allegato a tutti i nuovi contratti stipulati dall'Ente e consegnato ai nuovi assunti, nonché a tutti i collaboratori e consulenti con qualsiasi tipologia o incarico e ai collaboratori, a qualsiasi titolo, di imprese fornitrici di beni e servizi, ai sensi dell'art. 3,

comma 2 del D.P.R. n. 62 del 16/04/2013.

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

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

Sulla base del suddetto documento, di cui si è avviata l'analisi, l'Ente si propone di procedere alla revisione dell'attuale Codice integrativo, anche alla luce del recente aggiornamento introdotto con D.P.R. 81/2023, recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

L'aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica si prefigge inoltre l'obiettivo di prevedere ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR); strumento, quindi, anche per il conseguimento della milestone M1C1-56 dello stesso PNRR.

Rotazione del personale

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

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

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

Naturalmente, per garantire che la rotazione di suddetto personale non comprometta il funzionamento degli uffici ed il patrimonio di abilità presenti, occorrerà coinvolgerlo in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di

settori. L'Istituto già nel 2017 ha inserito fra gli obiettivi di performance organizzativa quello relativo alla valutazione e tendenza alla "interscambiabilità" del personale con specifico riferimento ai processi sanitari, sostenuta dalla necessaria formazione, e tenuto conto dei vincoli imposti dalle procedure obbligatorie in materia di Qualità. Obiettivo questo presente all'Amministrazione sotto il profilo dell'efficientamento dei servizi e confermato, infatti, come criterio di valutazione del personale coinvolto negli obiettivi di performance.

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, richiamata la direttiva riportata nella Deliberazione ANAC n. 831 del 03.08.2016, nel valutare altre misure di prevenzione alternative alla rotazione del personale, laddove non applicabile, privilegia la distribuzione delle responsabilità riferite all'istruzione e definizione dei procedimenti amministrativi, compatibilmente con le disposizioni dettate in materia dalla L. n. 241/90. Il Responsabile individua ulteriori misure di prevenzione, come il potenziamento o l'estensione, laddove realizzabile, dello strumento sopra descritto, in particolare valutando di affidare ad altro settore, rispetto a quello che gestisce il procedimento, la fase dei controlli (es. controlli sulle dichiarazioni sostitutive), o la fase di esecuzione del contratto (responsabile dell'esecuzione del contratto), ed assicurando lo svolgimento delle suddette fasi in capo ad almeno due figure, in modo da favorire il coinvolgimento del personale all'interno di uno stesso Servizio, e garantire così forme di mutuo controllo, come suggerito dal PNA 2016 nella specifica sezione dedicata alla "rotazione" del personale.

Formazione

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

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

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

I Dirigenti Responsabili, al fine di assicurare la più ampia divulgazione delle suddette

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

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

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

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

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

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

Nel 2020 e 2021, la prevista formazione settoriale, come progettata nel piano formativo aziendale, per consentire a ciascuna struttura l'approfondimento delle relative problematiche ed una contestualizzazione più utile ai fini della risoluzione dei casi concreti tipici delle varie articolazioni organizzative, non si è svolta integralmente a causa dell'emergenza sanitaria che ha visto un rivoluzionamento anche nelle modalità di erogazione dei percorsi formativi.

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

Nel 2022 il personale afferente all'Ufficio di Supporto al RPCT ha partecipato al corso "Trasparenza, accesso e privacy: adempimenti e bilanciamento dei diritti. il RPCT" ed il suddetto personale hanno, inoltre partecipato da remoto al webinar organizzato da ANAC

"Sull'onda della semplificazione e trasparenza: orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" il 03 febbraio 2022 e alla "Giornata del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza - VIII edizione", organizzata da ANAC il 14 dicembre 2022. Il RPCT ha partecipato, inoltre, al webinar ANAC "Come misurare la corruzione" del 21 luglio 2022.

Nel 2023 il personale di supporto ha proposto il seguente evento formativo "PIAO: come integrare performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione alla luce del PNA 2023-2025", che si è tenuto in data 09.03.2023 e che è stato rivolto ai responsabili dei settori interessati. Si è poi partecipato al corso "Trasparenza e Comunicazione nelle procedure di appalto" il 23.06.2023 e il personale di supporto ha partecipato al workshop del 14.12.2023 organizzato dalla ASL Sassari su Codice di Comportamento Aziendale.

Per il triennio 2024-2026, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza rinnova l'impegno a favorire la necessaria formazione in materia.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Premesso che il conflitto d'interesse è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) potrebbe interferire con l'abilità di un funzionario pubblico ad agire in conformità con i suoi doveri e responsabilità (interesse primario), l'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012, che ha introdotto l'art.6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "conflitto di interessi", ha stabilito che "il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

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

struttura verifica la fondatezza della segnalazione confrontandosi se ritiene col responsabile della prevenzione della corruzione e adotta i relativi provvedimenti.”

Attraverso adeguati percorsi formativi, nonché idonee misure di pubblicità l’Istituto si impegna adare conoscenza al personale dell’obbligo di astensione in casi di conflitto di interesse, dei comportamenti da seguire e delle conseguenze che scaturiscono dalla violazione della normativa, in particolare, alla luce di quanto evidenziato dal PNA 2022 che dedica un intero capitolo al tema del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici (art. 42 del D. Lgs. 50/2016).

La principale misura individuata nel PNA per la gestione del conflitto di interessi è quella del sistema delle dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall’amministrazione e dall’obbligo di astensione in casi di sussistenza del conflitto.

Il descritto sistema è già in uso in Istituto e ci si riserva di apportare un perfezionamento mirato alla gestione delle potenziali situazioni di rischio connesse alle attività del PNRR. Il PNA in proposito suggerisce, infatti, due diverse ipotesi di attuazione del sistema delle dichiarazioni.

Per quanto concerne i contratti che utilizzano i fondi PNRR, in un’ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, si suggerisce che i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, forniscano un aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all’oggetto dell’affidamento, mentre per i contratti che non utilizzano fondi PNRR, resta fermo l’orientamento espresso da ANAC nelle LL.GG. n. 15/2019 che prevedono una dichiarazione solo al momento dell’assegnazione all’ufficio o dell’attribuzione dell’incarico.

[Svolgimento di incarichi d’ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali](#)

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

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

La suddetta materia è stata oggetto di performance nel 2019 proprio al fine di elaborare un iter di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali più dettagliato ed efficace in termini di acquisizione di tutti gli elementi utili anche in termini di anticorruzione trasparenza. A seguito di una fase di sperimentazione del suddetto iter e della relativa

modulistica, il sistema è entrato a regime nel 2022, con immissione nel Sistema Qualità del modulo e pubblicazione dello stesso nella intranet aziendale.

Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

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

Quanto sopra, poiché lo svolgimento di certe attività può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo, col rischio di inquinare l'azione imparziale della pubblica amministrazione favorendo illeciti scambi di favori.

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

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

Nel caso in cui le cause di inconferibilità non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

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

Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

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

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

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa

mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

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

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

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

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

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

[Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro \(pantouflage\)](#)

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

I dipendenti sono quelli che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d. lgs. n. 163/2006).

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

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

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

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

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

Il PNA 2022 ha suggerito un potenziamento dei meccanismi di controllo sull'attuazione delle misure previste per il pantouflage, per cui, in un'ottica di gradualità e sostenibilità delle misure, si valuterà l'effettuazione di verifiche anche attraverso l'interrogazione di banche dati, liberamente consultabili o cui l'ente abbia accesso per effetto di apposite convenzioni nonché per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

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

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

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

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

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

giudicato.

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

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

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

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

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

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

[Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito](#)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L’intera materia sarà oggetto di rivisitazione alla luce del D.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 recante “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”.

Il nuovo decreto prevede, oltre alla ordinaria facoltà, in capo ai segnalanti, di rivolgere segnalazioni attraverso canali interni all’organizzazione, anche la possibilità di rivolgere all’ANAC segnalazioni esterne. Si tratta di un canale di comunicazione indipendente e autonomo, ad ulteriore garanzia dell’efficacia della disciplina e di tutela del segnalante.

[Patti di integrità negli affidamenti](#)

Il patto di integrità è un sistema di condizioni avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza e, quindi, un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo,

volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

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

A tal fine l'Istituto applica la disciplina del protocollo di legalità in materia di appalti pubblici come previsto dall'art.1, comma 17, della L. n. 190/2012. La determina del Direttore Generale n. 488 del 20.07.2015 ha approvato l'adozione di un patto d'integrità/legalità, redatto in base ai modelli forniti dalla Regione Autonoma della Sardegna, da inserire nelle procedure di acquisizione di lavori, beni e servizi dell'Ente.

Misure specifiche

Rafforzamento degli strumenti già adottati in materia di acquisti di infungibili e in esclusiva.

L'Istituto conferma l'impegno nel presidio delle aree relative agli acquisti di infungibili e in esclusiva, per cui si fa rinvio allo specifico obiettivo di performance descritto nella sottosezione 2.2 del PIAO.

Tra le misure a presidio del corretto svolgimento dei procedimenti di acquisto di beni e servizi, si introduce la comunicazione periodica al RPCT, su sua richiesta, da parte del RUP e/o ufficio gare dell'attività svolta per eventuali verifiche a campione, che il RPCT può svolgere anche con il supporto del RUP e dell'ufficio gare.

Si richiama l'attenzione sul rispetto del Regolamento per gli acquisti di beni e servizi adottato dall'Istituto, misura già presente nei precedenti Piani.

In particolare, l'attenzione sarà diretta verso i seguenti affidamenti:

- Affidamenti diretti "per assenza di concorrenza per motivi tecnici" (infungibili, esclusivi);
- Affidamenti diretti "per urgenza";
- Affidamenti diretti, specificatamente riferiti all'attuazione del PNRR ai sensi delle norme derogatorie (DL n. 13/2023); attività per le quali è coinvolto l'Istituto come esposto di seguito.

Presidio delle attività PNRR

In linea con quanto evidenziato nel PNA 2022, l'Istituto ritiene di dover riservare particolare attenzione alle attività legate al PNRR che lo vedono coinvolto come "Spoke" nell'ambito del Progetto per la Realizzazione dell'Ecosistema eINS-Ecosystem of Innovation for Next Generation Sardinia, proposto dall'Università degli Studi di Sassari e ammesso a

finanziamento dal MUR (come da Determina n.137 del 01/03/2023 “Preso d’atto del progetto per la Realizzazione dell’Ecosistema eINS-Ecosystem of Innovation for Next Generation Sardinia. Decreto direttoriale MUR di concessione del finanziamento prot. n. 1056 del 23 giugno 2022 (codice identificativo ECS00000038) nell’ambito del PNRR - Sottoscrizione accordo”).

L’apporto dell’Ente comporta un necessario approfondimento in merito all’individuazione di idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo nei vari ambiti di intervento (collaborazioni, personale, acquisti, settore tecnico-sanitario) che saranno opportunamente monitorate a seguito delle fasi di avanzamento delle attività assegnata all’Istituto, come comunicate da parte della Direzione.

Il coinvolgimento dei settori interessati è declinato come obiettivo di performance, per cui si rinvia all’apposita sottosezione 2.2 e vedrà necessariamente applicate le misure anticorruptive (in particolare, a titolo esemplificativo, quelle legate agli obblighi di pubblicazione e al conflitto di interessi) proprie di ciascun ambito, secondo quanto previsto dalla presente sezione e da ulterioridisposizioni a cura del RPCT in un’ottica di graduale adeguamento allo stato di avanzamento del progetto.

Approvazione Tariffario delle prestazioni a pagamento

L’Istituto, con Determina del Direttore Generale n. 192 del 14/03/2023 ha preso atto dell’approvazione del tariffario dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna da partedella Giunta Regionale con DGR n. 38/73 del 21.12.2022 e dell’approvazione della successiva integrazione con DGR 7/15 del 28.02.2023, ed ha contestualmente approvato le Condizioni generali di contratto delle prestazioni a pagamento, documento complementare ed integrativo del tariffario.

Monitoraggio

Il monitoraggio sull’attuazione delle misure di anticorruzione è uno strumento fondamentale perla verifica sull’adeguatezza del sistema preventivo.

L’Istituto si impegna in un’azione di rafforzamento di quanto finora previsto in materia, anche allo scopo di garantire la necessaria integrazione con le altre sezioni del PIAO e l’effettivo incrementodel valore pubblico.

Si segnala, a tal fine, l’opportunità di individuare un software apposito, come già detto anche in riferimento alle mappature dei processi, che faciliti le operazioni ed incrementi la digitalizzazione del flusso.

Il monitoraggio attuato dall’Istituto sulle misure di anticorruzione è articolato su due livelli.

Il I livello compete ai singoli dirigenti, supportati dai referenti preventivamente individuati all’interno delle strutture (che potrebbero coincidere con il personale già individuato come referente per la Trasparenza), che verificano efficacia e adeguatezza delle misure attuate, segnalando tempestivamente al RPCT eventuali anomalie.

È attualmente all’esame del RPCT e dell’Ufficio di supporto una calendarizzazione sull’invio dei report a cura dei dirigenti al 30 giugno di ogni anno.

Il monitoraggio di II livello sarà a cura del RPCT e si concentrerà sugli esiti del monitoraggio di I livello e su altri eventuali elementi di cui sia venuto a conoscenza il RPCT nell'ambito della sua attività (segnalazioni, whistleblowing, o altro canale).

L'attività di monitoraggio del RPCT confluirà infine nella Relazione annuale a sua cura, redatta ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge n. 190/2012 e pubblicata nella sezione dedicata di Amministrazione Trasparente.

Programma delle attività

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

Anno 2024 - attività:

- Adozione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2024-2026 (PTPCT) comesottosezione del PIAO e relativa pubblicazione
- Divulgazione del piano
- Adeguamento obblighi di pubblicazione
- Adeguamento dei piani performance agli obiettivi strategici previsti in materia di anticorruzione e trasparenza
- Formazione (specialistica)
- Revisione del Codice di Comportamento
- Verifica e aggiornamento delle attività di mappatura delle procedure a rischio di corruzione
- Monitoraggio delle attività e verifica sulla conformità delle procedure
- Raccolta di eventuali segnalazioni di elementi di rischio o comportamenti e condotte illecite in violazione dei codici di comportamento e disciplinare.
- Elaborazione della Relazione del RPCT

Anno 2025 - attività:

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

Anno 2026 - attività:

- Revisione del PTPCT
- Formazione
- Individuazione di ulteriori misure di prevenzione della corruzione

- Monitoraggio delle attività e verifica sulla conformità delle procedure
- Raccolta delle segnalazioni di elementi di rischio o comportamenti e condotte illecite in violazione dei codici di comportamento e disciplinare.
- Elaborazione della Relazione del RPCT

Disposizioni finali

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

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

Il documento, una volta approvato, sarà pubblicato in Amministrazione Trasparente, nell'apposita sezione Prevenzione della Corruzione, contenuta all'interno della voce Altri Contenuti, e, in quanto parte del PIAO, nella sezione Disposizioni Generali-Atti Generali-Documenti di programmazione strategico-gestionale.

2.3.2 Trasparenza Premessa

Come sottolineato al paragrafo 1 della Parte Generale del PNA 2022, (approvato in via definitiva dall'ANAC con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023), intitolato "La prevenzione della corruzione e latrasparenza come dimensioni del valore pubblico", le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione ed esse stesse produttive di valore pubblico nonché strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese.

La trasparenza assume rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione, ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come sancito dall'art. 1, co. 36 della Legge n. 190/2012. La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico nonché i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, integrità e lealtà, come ribadito dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019.

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

Divenuta un punto fondamentale nell'ambito dell'azione amministrativa grazie

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

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

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

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

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

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

Allegata al presente PIAO 2024-2026 si può consultare la tabella riassuntiva con l'elenco degli obblighi di pubblicazione sulla sezione "Amministrazione Trasparente", adeguata all'impostazione della Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, come aggiornata secondo le disposizioni del PNA 2022 (Allegato 9 "Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "Amministrazione Trasparente" sotto sezione 1° livello "Bandi di gara e contratti" sostitutivo del precedente), con l'indicazione puntuale dei contenuti dell'obbligo:

- Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie);
- Denominazione sottosezione livello 2 (Tipologie di dati);
- Riferimento normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;
- Aggiornamento/ cadenza degli aggiornamenti;
- Struttura competente alla elaborazione e trasmissione dei dati (PNA 2022 – Allegato 2);
- Struttura competente alla pubblicazione;
- Termine di scadenza per la pubblicazione (PNA 2022 – Allegato 2);
- Non applicabilità dell'obbligo;
- Note.

Nella Tabella generale sopra richiamata, relativamente alla sottosezione Bandi e Contratti di gara, gli obblighi di pubblicazione sono applicabili fino al 31/12/2023.

Considerato il periodo caratterizzato da profondi cambiamenti in materia di trasparenza sulle procedure di "Bandi e Contratti di gara", in una fase transitoria, si allega alla presente sezione una ulteriore tabella degli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente, riferita alle procedure avviate dal 1° gennaio 2024, che ripropone l'impostazione definita dalla Delibera ANAC n. 264 del 20.06.2023 come modificata e integrata con delibera ANAC n. 601 del 19.12.2023. Nel corso del 2024 tale tabella verrà armonizzata e integrata con la tabella degli obblighi generale che, per la sottosezione relativa all'argomento in oggetto attualmente si riferisce alle procedure iniziate nel corso del 2023.

La scelta di adottare due documenti distinti deriva dalla necessità di definire il processo già intrapreso di aggiornamento della sezione Amministrazione Trasparente alle recentissime indicazioni ANAC per la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici previsto dal nuovo codice, D. Lgs. n.36/2023, e all'applicazione del principio di unicità del luogo di pubblicazione (once only) attraverso utilizzo della BDNCP (Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici) in particolare:

- Nota ANAC del 10.01.2024;
- Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 – Aggiornamento 2023 PNA 2022;
- Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 – Piano Nazionale Anticorruzione 2022;
- Delibera n. 264/2023 come modificata dalla Delibera n. 601/2023 (Allegato I –

Obblighi di Amministrazione Trasparente);

- Delibera n. 582 del 13 dicembre 2023 – Adozione comunicato relativo all’avvio del processo di digitalizzazione;
- Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 - Provvedimento art. 28 Trasparenza (Allegato I - obblighi trasparenza);
- Delibera n. 263 del 20 giugno 2023 - Provvedimento art. 27 Pubblicità legale (Allegato I - Elenco obblighi di pubblicazione);
- Delibera n. 261 del 20 giugno 2023 - Provvedimento Art 23 – BDNCP.

Per quanto attiene le modalità di monitoraggio, inserite nell’ultima colonna della tabella sugli obblighi di pubblicazione dal PNA 2022 (Allegato 2), si specifica che in questa sezione dedicata alla Trasparenza è stato dedicato un capitolo specifico per la definizione delle attività di monitoraggio. All’interno di questa sezione sono individuate, ai sensi degli artt. 10 e 43, co 4, del D. Lgs n. 33/2013, misure e strumenti attuativi degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla disciplina vigente atti ad assicurare l’attuazione regolare e tempestiva dei dati ed a garantire la massima trasparenza possibile. In particolare, specificando le azioni e gli strumenti finalizzati a:

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

PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE ED ADOZIONE DELLA SEZIONE

In occasione dell’aggiornamento della presente sezione, è stata seguita la procedura più rispondente all’esigenza di coinvolgere il maggior numero di interlocutori con:

1. l’invio di una nota a cura del RPCT rivolta a tutti i Dirigenti/Responsabili, a tutti i Referenti per la Trasparenza nominati e, per conoscenza, ai Direttori e componenti dell’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (Prot. n. 132 del 10.01.2024) contenente l’invito a controllare ed eventualmente segnalare anomalie o proporre modifiche in particolare alla tabella allegata al PTPCT, sezione del PIAO 2024-2026 riassuntiva degli obblighi di pubblicazione consultabile nella sezione del sito istituzionale “Amministrazione Trasparente”;
2. pubblicazione in data 10.01.2024 sulla pagina intranet dell’Istituto accessibile a tutti i dipendenti dell’Ente di un Avviso pubblico per la presentazione delle osservazioni per l’aggiornamento del PTPCT 2023-2025;
3. pubblicazione in data 10.01.2024 sulla Home page del sito istituzionale, nella sezione “Primo piano”, dell’Avviso pubblico di cui sopra, nell’intento di favorire il più ampio coinvolgimento dei portatori di interesse (stakeholders), con indicazione della possibilità di presentare osservazioni tramite l’indirizzo di posta e-mail urp@izs-sardegna.it, messa a disposizione di un modello per la presentazione delle segnalazioni e la precisazione che tale

modalità è utilizzabile in qualsiasi momento in quanto il Piano viene concepito come uno strumento in continua evoluzione e sempre passibile di miglioramento;

4. pubblicazione in data 10.01.2024 sul sito internet istituzionale nella Sezione Amministrazione Trasparente su “Altri contenuti” nello spazio dedicato alla “Prevenzione della corruzione”.

Facendo seguito alle segnalazioni di cui sopra, e da ulteriori richieste di riscontro da parte del RPCT su particolari aspetti (Prot. n. 5787 del 19.12.2023), sono pervenute diverse segnalazioni sia dai Responsabili che dai Referenti che sono state oggetto di un processo integrato di analisi e sono state valutate e considerate nella stesura del presente aggiornamento.

Individuazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti

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

L’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) esercita a tal fine un’attività di impulso, nei confronti degli organi politico-amministrativi e del RPCT per l’elaborazione della Sezione. L’OIV verifica altresì l’assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità (Delibera Civit n. 2/2012). Verifica la coerenza tra gli obiettivi del PTPCT-Sezione Trasparenza e del Piano della Performance. Rileva e attesta l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione entro i diversi termini prescritti da ANAC.

Ai Dirigenti dell’Ente compete la responsabilità dell’adempimento dei contenuti della presente sezione come individuati nella tabella allegata riassuntiva degli obblighi di pubblicazione come definita dall’allegato alla Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, modificata dal PNA2022 e relativi aggiornamenti come precedentemente indicato.

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Risultati ottenuti nei trienni precedenti

Triennio 2016-2018: nell’ambito delle Performance fissate per il Servizio Affari Generali-URP è stata creata una rete di supporto al RPCT per favorire un raccordo sinergico di collaborazione all’interno dell’Istituto, come richiesto dai Piani Nazionali Anticorruzione, da ultimo il PNA 2022 (vedi anche in particolare la Delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019). Tale sistema si è strutturato con la nomina dei Referenti per la Trasparenza in tutti i Servizi amministrativi e si è sviluppato nell’attività di supporto del Servizio Affari Generali e URP basato sul coordinamento, assistenza ed affiancamento nei confronti del personale individuato ad occuparsi della sezione Amministrazione Trasparente.

I Referenti hanno avuto, inoltre, una formazione specifica e differenziata insieme ai Dirigenti responsabili. La figura del Referente, introdotta per garantire la condivisione con il Dirigente

responsabile nell'approfondimento e nell'organizzazione delle misure necessarie, ha favorito la sensibilizzazione alla tematica della trasparenza amministrativa, e ha dato dimostrazione della sua utilità già a partire dal 2018, con la presentazione, da parte dei Referenti per la Trasparenza, di segnalazioni utili e significative.

Triennio 2019-2021: durante il 2019 sono state implementate le attività di carattere generale del triennio precedente come specificato nei paragrafi che seguono della presente sezione ai quali si rimanda. Nonostante tutte le difficoltà legate all'emergenza pandemica che hanno comportato la riorganizzazione del lavoro prevalentemente in modalità smart working, durante il 2020 e parte del 2021 sono stati conseguiti diversi importanti risultati nel campo dell'informatizzazione, sotto l'aspetto formativo e da un punto di vista del monitoraggio di cui si darà conto nello specifico nei paragrafi di riferimento della presente sezione.

Nel corso del 2021 con la nomina della nuova Direzione Aziendale si è dato inizio ad una fase della gestione dell'Istituto caratterizzata da un percorso di revisione del modello organizzativo, rispetto al quale il ciclo della performance risulta essere di importanza strategica per garantirne un adeguato e coerente impulso al suo sviluppo e alla sua realizzazione. È stato inoltre intrapreso un percorso di valutazione ed approfondimento per l'implementazione di alcune sezioni di Amministrazione Trasparente, che verranno alimentate anche sulla base dello sviluppo delle attività dell'Istituto e della riorganizzazione del controllo di gestione.

Triennio 2022-2024: come meglio specificato nei punti che seguono, nel corso del 2023 sono stati perseguiti gli obiettivi strategici fissati nel PTPCT 2023-2025 in continuità con l'impostazione definita nel 2022. Nel corso del 2023 sono stati definiti i questionari sulla consultazione degli utenti interni, utenti esterni e sui servizi on line, organizzati diversi incontri con il personale interessato per approfondire le tematiche relative alle pubblicazioni in particolare in materia di contratti pubblici e PNRR e organizzati corsi relativi a tali tematiche coinvolgendo tutto il personale di riferimento (corso "Trasparenza e Comunicazione nelle procedure di appalto" tenutosi il 23.06.2023).

Nel 2023 è stato intrapreso un percorso di riorganizzazione delle procedure di accesso in collaborazione con il DPO, che si concluderà con l'adozione di un nuovo Regolamento.

Gli stessi obiettivi strategici vengono sviluppati anche nel 2024 in quanto, per loro natura, hanno portata pluriennale, oltre ad essere oggetto nel corso degli anni ad una continua evoluzione, anche alla luce del PNA 2022, e relativi aggiornamenti, che ne sottolinea e ribadisce l'importanza.

[Obiettivi strategici in materia di trasparenza](#)

Con Determina del Direttore Generale n. 116 del 7.02.2022 è stato approvato il Piano Strategico 2022-2024 dell'IZS della Sardegna, precedentemente sottoposto e condiviso con il Consiglio di Amministrazione con Delibera CdA n. 1.1 del 02.02.2022, che presenta le linee di sviluppo del relativo triennio e che si articola in sei principali traiettorie riguardanti: il principio della One Health, il potenziamento dei Centri di Riferenza Nazionale, la Ricerca e

formazione, la produzione di presidi immunizzanti, la sostenibilità ambientale e l'ottimizzazione della governance e dell'organizzazione.

Lo stesso è stato pubblicizzato sul sito istituzionale e presentato con Istituzioni, stakeholder e fondamentali partner dell'Istituto il 17.03.2022 presso l'Aula Magna della sede storica dell'Università degli Studi di Sassari. Come naturale e coerente specificazione del Piano Strategico 2022-2024 è stato elaborato il Piano Triennale della performance 2022-2024 adottato con Determina del Direttore Generale n. 215 del 17.03.2022 e approvato dal CdA con delibera n. 2.2 del 23.03.2022. I progetti della Performance relativi alla Trasparenza prevedono il loro sviluppo nel triennio successivo.

Con Determina del Direttore Generale n. 561 del 30.06.2022 è stato approvato il primo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024, e con Determina del Direttore Generale n. 260 del 24.03.2023 è stato approvato PIAO 2023-2025 (aggiornamento 2023) attualmente pubblicati in Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/Atti generali/Documenti di programmazione strategico Generale.

Per quanto attiene l'ambito della Trasparenza, l'Istituto si prefigge nel triennio 2024-2026 i seguenti obiettivi strategici:

- implementazione e messa a regime della cd. "Trasparenza totale" con revisione e aggiornamento del Regolamento sugli Accessi e armonizzazione con la disciplina uniforme del Sistema Regione individuata dalla Regione Autonoma della Sardegna;
- studio e sviluppo di adeguate soluzioni informatiche per la gestione, semplificazione e automatizzazione delle pubblicazioni e della trasparenza;
- ricerca, sperimentazione e implementazione di nuove forme di pubblicazioni ulteriori sia del portale "Amministrazione Trasparente" che del sito istituzionale;
- promuovere azioni di sensibilizzazione, implementare la formazione per favorire la trasparenza;
- riorganizzazione della rilevazione sulla soddisfazione da parte degli utenti esterni ed interni;
- integrazione dei sistemi di monitoraggio relativi alla trasparenza (PNA 2022 - 3.1.1 Come elaborare gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza).

PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA – MISURE ORGANIZZATIVE

Modello di Governance: Individuazione Responsabili e Referenti per la Trasparenza

L'incarico di Responsabile della Trasparenza è stato affidato al Dott. Giovanni Deriu, con Determina n. 423 del 30.06.2015. Il nominativo del RPCT, la determina di nomina e il Curriculum contenente l'indirizzo e-mail per eventuali comunicazioni sono stati pubblicati nella Sezione Amministrazione Trasparente su "Altri contenuti" nella parte dedicata alla "Prevenzione della Corruzione". Le indicazioni della presente sezione sulla trasparenza saranno attuate da tutti i Dirigenti/Responsabili coinvolti, così come individuati nell'allegata Tabella, attraverso il coordinamento del Responsabile per la Trasparenza.

Di seguito si individuano le principali figure coinvolte con i relativi compiti:

a. Dirigenti responsabili della trasmissione dei dati

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

I Dirigenti dovranno inoltre:

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

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

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

c. Referenti per la trasparenza

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

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

Ogni Referente per la trasparenza ha il compito di:

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

adempimenti degli obblighi in materia di trasparenza.

d. Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Sistemi Informatici e Telematici Il Responsabile della Struttura Semplice Sistemi Informatici e Telematici deve:

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

e. Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Il soggetto iscritto all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) come RASA è l'Ing. Massimiliano De Angelis (PNA 2022, Allegato n. 3 "Il RPCT e la struttura di supporto", par. 1.10.8 "Rapporti con il RASA").

Perseguimento obiettivi strategici

Obiettivo: Efficacia dell'istituto dell'accesso - Implementazione e messa a regime della cd. "Trasparenza totale", con armonizzazione con la disciplina uniforme del Sistema Regione individuata dalla Regione Autonoma della Sardegna

Obiettivo strategico sulla trasparenza relativo all'istituto dell'accesso è l'implementazione e messa a regime della cd. "Trasparenza totale", con armonizzazione con la disciplina uniforme del Sistema Regione individuata dalla Regione Autonoma della Sardegna, da attuarsi con la revisione ed aggiornamento del Regolamento sugli Accessi.

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

Le modalità, le caratteristiche di ogni singola tipologia di accesso e la relativa modulistica sono state specificate e pubblicate nella Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso civico del sito istituzionale dell'Ente.

In attuazione delle Linee Guida ANAC recanti indicazioni operative (Delibera n. 1309 del 28.12.2016) e della circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2017 avente ad oggetto “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”, nel corso del 2018 è stato approntato il Registro degli accessi relativo all’accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato che è stato annualmente pubblicato su Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso Civico del sito istituzionale. Per quanto attiene all’implementazione della cd. “Trasparenza totale” ed in particolare dell’applicazione della normativa sul diritto di accesso, è proseguita l’attività di registrazione. Le Linee Guida ANAC raccomandano appunto la creazione di un Registro degli accessi con il fine di favorire: a) una raccolta organizzata delle richieste pervenute; b) un monitoraggio interno delle richieste e dei loro esiti al fine di favorire un’armonizzazione delle decisioni su istanze identiche o simili; c) una consultazione da parte dei cittadini.

Al fine di implementare la gestione dell’accesso, come stabilito nel PTPCT 2020-2022 nel corso del 2020 si è provveduto al primo monitoraggio annuale sull’accesso con particolare attenzione al rispetto delle tempistiche previste, della rilevazione delle criticità e la segnalazione delle disfunzioni e, coerentemente con il Piano stesso, sono stati presentati i Monitoraggi Annuali sulle Tempistiche degli Accessi (MATA) relativi agli anni 2020, 2021 e 2022, mentre è in fase di predisposizione l’esito del monitoraggio dell’anno 2023.

I monitoraggi sono accompagnati da una Relazione di analisi dei dati raccolti che permette: a) dimettere in evidenza i fattori che provocano rallentamenti e difficoltà nella gestione delle procedure, b) di presentare proposte di intervento allo scopo di migliorare la gestione delle istanze di accesso; c) di valutare la possibilità di ridurre le richieste di accesso attraverso la pubblicazione di dati o documenti che, sulla base della analisi incentrata sugli argomenti oggetto delle stesse, possano, in chiave proattiva, prevenire la necessità di presentare una formale istanza. Dagli esiti del monitoraggio vengono stabiliti degli interventi che stanno coinvolgendo tutti gli operatori interessati, sviluppo che favorisce una maggiore consapevolezza e chiarezza nelle fasi più critiche, e una ulteriore sensibilizzazione sul tema.

In occasione dei monitoraggi del 2020 e del 2021, rispetto a delle criticità riscontrate, sono state individuate delle azioni correttive con la predisposizione di note interne relative alla gestione della procedura delle richieste di accesso (Prot. n. 1871 del 12.04.2021 e Prot. n. 62 del 05.01.2022), che sono state pubblicate nella sezione intranet dedicata alla Trasparenza.

Nel corso del 2023 è stata avviata una revisione delle procedure interne in materia di accesso con la Circolare relativa agli accessi agli atti (Prot. n. 5834 del 21.12.2024) che si definirà con la predisposizione, nel corso del 2024, del nuovo regolamento sugli accessi tenendo in considerazione che l’art. 6, comma 1, del D.L. n. 80 del 9.06.2021 (conv. con L. n. 113/2021), ha previsto nel PIAO (Piao Integrato di Attività e Organizzazione) lo strumento “*per assicurare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso*” nelle forme ulteriori rispetto a quelle classiche basate sulla trasformazione digitale.

Il PNA 2022 nella sezione “Trasparenza in materia di contratti pubblici” dedica un paragrafo all’accesso civico generalizzato ai dati sui contratti pubblici alla cui fase di esecuzione deve

esseredata la massima conoscibilità in quanto, oltre alle pubblicazioni ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 e del Codice dei contratti, ad essa trova applicazione l'istituto dell'accesso civico generalizzato, riconosciuto espressamente ammissibile dal Consiglio di Stato (Ad. Plenaria Consiglio di Stato del 2.04.2020 n. 109). L'Adunanza plenaria del Consiglio di Stato ha posto in risalto l'importanza che ha assunto la trasparenza, intesa come forma di prevenzione della corruzione e strumento ordinario e primario di riavvicinamento del cittadino alla p.a..

La trasparenza della fase esecutiva degli affidamenti assume grande rilievo in relazione alle procedure afferenti agli investimenti pubblici finanziati in tutto o in parte dalle risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea.

L'ANAC ha dato indicazioni generali al riguardo con le Linee guida 1309/2016. La complessità delle premesse tematiche e lo sviluppo normativo, regolamentare e giurisprudenziale sempre in divenire impone un approfondimento costante degli operatori coinvolti.

Nel corso del 2024 si provvederà alla revisione ed aggiornamento del Regolamento sugli accessi in coerenza con la disciplina del Sistema Regione individuata dalla Regione Autonoma della Sardegna, come già avvenuto con la modulistica in uso, e con le indicazioni del PNA 2022, relative in particolare all'Accesso Civico Generalizzato. Aggiornamento che oltre ad integrare tutte le varie modifiche alla regolamentazione nazionale e regionale intercorsa negli anni sarà improntato a facilitare la verifica della corretta attuazione del principio di trasparenza e l'adozione di comportamenti omogenei tra gli uffici attraverso la revisione dell'individuazione degli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso e la procedura per la valutazione delle richieste.

La disciplina del Sistema Regione in particolare consiste nella direttiva approvata con Deliberazione della Giunta Regionale n. 55/1 del 2017 e Deliberazione della Giunta Regionale 16.02.2022, n. 5/30.

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

Misura: Il rispetto delle tempistiche sulle istanze di accesso.

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

Tabella 27: Obiettivo

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

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

Cronoprogramma monitoraggio

Tabella 28: Cronoprogramma monitoraggio

Attività	Data inizio e fine	Responsabile	Risultato atteso
Monitoraggio Annuale sulle Tempistiche dell'Accesso (MATA)	01.01.2024 31.12.2024	Struttura Semplice a Valenza Aziendale Affari Generali -URP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Risparmio dei tempi previsti dalla procedura ➤ Facilitare le fasi legate allo specifico processo amministrativo ➤ Correggere le disfunzioni del processo ➤ Sensibilizzare tutti i servizi coinvolti ➤ Disponibilità di dati rilevanti per identificare le esigenze conoscitive di dipendenti e dei cittadini (proattivo)

Nel corso del 2023 è proseguita l'erogazione della formazione obbligatoria al personale, come previsto nel Piano Formativo Aziendale 2023, con l'erogazione del corso "Principi fondamentali sul trattamento dei dati personali in adempimento alla normativa europea e nazionale" da parte del DPO/RPD, Dott. Danilo Cannas.

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

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

Il binomio "trasparenza e digitalizzazione" si rafforza ineludibilmente al punto che i due concetti non possono più viaggiare separati, ma progredire di pari passo in un rapporto di strumentalità tale che l'informatizzazione diventa funzionale alla promozione della trasparenza, non solo come uno dei criteri guida dell'azione amministrativa, ma anche nelle sue ulteriori funzioni attuative della prevenzione alla corruzione, nonché un vero e proprio servizio informativo verso la collettività che favorisce una maggiore partecipazione

democratica. Il CAD (D. Lgs. n. 82/2005 e successive modifiche) rappresenta un punto fondamentale per la transizione verso un nuovo modello di trasparenza, in quanto dall'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione costituisca un mezzo di effettiva assicurazione del principio della trasparenza con la forte tendenza all'implementazione della trasparenza informatica da perseguire attraverso i più moderni mezzi di comunicazione, capaci di rendere disponibile l'informazione ad un numero indefinito di soggetti che possono fruirne in ogni momento e da luoghi fisici diversi.

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

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

Nel corso del 2020 sono stati attuati in questo senso diversi interventi come l'attivazione di un apposito modulo "Adempimenti art. 1 c. 32 L. 190/2012"; creazione da parte del CED, in collaborazione del Servizio Provveditorato, di un automatismo per garantire la pubblicazione delle determine nella sezione "Bandi di gara e contratti" sottosezione "Determina a contrarre/attoequivalente", attivabile direttamente durante la creazione della proposta di determine dall'operatore incaricato; creazione da parte del CED, in collaborazione del Servizio affari Generali e URP, di un automatismo per garantire la pubblicazione delle determine nelle sottosezioni "Provvedimenti organo indirizzo politico" e "Provvedimenti dirigenti amministrativi" che si realizza direttamente in fase di pubblicazione delle Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione all'Albo Pretorio Informatico.

L'avvento della digitalizzazione imposto dal nuovo codice dei contratti pubblici, D. Lgs. n. 36/2023, sta rivoluzionando radicalmente le procedure relative ai lavori, servizi e forniture che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013.

Nel corso del 2024 proseguirà il processo, già intrapreso nel 2023, di allineamento della sezione Amministrazione Trasparente alle recentissime indicazioni ANAC per la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici previsto dal nuovo codice e all'applicazione del principio di unicità del luogo di pubblicazione (once only) attraverso utilizzo della BDNCP (Banca Dati nazionale dei Contratti Pubblici).

Nel corso del triennio di riferimento saranno realizzate ulteriori iniziative per favorire la pubblicazione automatica di ulteriori adempimenti. Lo sviluppo informatico dovrà necessariamente uniformarsi agli adempimenti posti a carico delle pubbliche amministrazioni intesa come "capacità dei sistemi informatici, nelle

forme e nei limiti consentiti dalle conoscenze tecnologiche, di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari” come previsto dalla L. 9.01.2004 n. 4 (Legge Stanca) e dal

D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 106 “Riforma dell’attuazione della direttiva (UE) 2016/2102 relativa all’accessibilità dei siti web e delle applicazioni mobili degli enti pubblici”.

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

In un’ottica di semplificazione qualora l’Ente predisponga una sezione del sito istituzionale dedicata all’attuazione delle Misure PNRR dove siano pubblicati atti, dati e informazioni relativi che rientrino in quelli previsti dal D.Lgs. n. 33/2013, si può prevedere di inserire link di rinvio in Amministrazione Trasparente alla sezione stessa. (PNA 2022 Sezione “Trasparenza in materia di contratti pubblici” paragrafo 1 “A quali obblighi di trasparenza sono sottoposti i contratti pubblici” relativamente ai soggetti attuatori degli interventi). L’Istituto, in qualità di Spoke, in attesa delle specifiche indicazioni in capo al Soggetto Attuatore (HUB UNISS), ha dato evidenza nei propri atti pubblicati sul sito web istituzionale delle prime iniziative intraprese in materia di selezione del personale, come previsto dal PNA 2022 in capo alle Amministrazioni Centrali.

Obiettivo: Individuazione di dati ulteriori

Prosegue, in linea con quanto stabilito dall’art. 10, co. 3, del D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, il perseguimento dell’obiettivo strategico della promozione di maggiori livelli di trasparenza, anche attraverso la pubblicazione di “dati ulteriori”. Il RPCT verificherà la possibilità di pubblicare ulteriori dati, coerentemente con la “mission” istituzionale dell’Istituto, di interesse comune per attuare una maggiore partecipazione ed una più adeguata condivisione con gli utenti e si impegna ad esporre i dati, rispettando le disposizioni nazionali ed europee in materia di segreto di Stato, di segreto d’ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.

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

Al fine di rafforzare la trasparenza, considerando il particolare approfondimento nel PNA sulla tematica dei contratti pubblici e in accordo con il Soggetto Attuatore (HUB UNISS):

- si considererà la possibilità di pubblicare nella sottosezione “Dati ulteriori” di “Amministrazione Trasparente” dati, informazioni o documenti, nel rispetto della normativa sulla privacy di cui sopra;
- verrà garantita adeguata visibilità ai risultati degli investimenti e al finanziamento dell’Unione europea (art. 34 del Regolamento UE 2021/241) rendendo nota l’origine degli stessi;
- si adotteranno misure per far conoscere in modo comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio come anche indicato il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) del Ministero dell’economia e delle finanze che ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione;
- si valuterà la possibilità di nominare un Responsabile per le attività di informazione e comunicazione come previsto per le Amministrazioni centrali titolari degli interventi.

Obiettivo: Supporto, formazione e promozione della trasparenza

Come precedentemente indicato nel paragrafo “Risultati ottenuti nel triennio precedente” della presente sezione, nel corso del triennio 2016-2018 nell’ambito delle Performance promosse progettate dal Servizio Affari Generali e URP è stata creata una rete di supporto al RPCT strutturata anche con la nomina dei Referenti per la Trasparenza in quasi tutti i Servizi amministrativi, sviluppando un sistema di condivisione che ha favorito il coinvolgimento e la diffusione della consapevolezza sulla normativa della trasparenza e della sua conoscenza. L’attività del Servizio AA.GG., in supporto al RPCT, si è incentrata sulla condivisione dello studio e approfondimento di numerose tematiche specifiche sulle pubblicazioni obbligatorie basata sul coordinamento, assistenza ed affiancamento nei confronti del personale che si occupa della Sezione Amministrazione Trasparente che ha collaborato ed aderito a tale percorso formativo interno.

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

- un percorso particolarmente specializzato per il personale di supporto: dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza per il personale di supporto al RPTC” avente come programma delle tematiche condivise con i docenti basate sull’analisi delle criticità emerse, anche in sede di affiancamento dei Servizi,
- uno rivolto ai Dirigenti ed ai Referenti per la Trasparenza: dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza per dirigenti e referenti amministrativi”
- ed il terzo rivolto a tutto il personale dell’Ente: dal titolo “Giornata informativa su

anticorruzione e trasparenza”

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

Durante l'anno 2020, a causa delle difficoltà tecnico-organizzative riscontrate a seguito dell'emergenza sanitaria Covid-19, non è stato possibile coprire l'intero fabbisogno formativo come previsto nel PTPCT e nel Piano Formativo Aziendale ma, nonostante la difficile situazione caratterizzata da una modalità operativa nuova della prestazione lavorativa in “smart working” (telelavoro) della maggior parte dei dipendenti, è stata comunque svolta attività formativa in modalità video conferenza, per l'attivazione di un apposito modulo “Adempimenti art. 1 c. 32 L. 190/2012” della Piattaforma e-procurement con aggiornamento quadrimestrale e per la realizzazione di un Progetto Formativo Aziendale dal titolo “La gestione del Front-Office” avente finalità di acquisire competenze nella gestione e nel supporto all'utenza, diviso in tre edizioni, per un totale di 85 partecipanti effettivi ed un totale di 26 ore formative a persona, delle quali una giornata dedicata interamente alla “Trasparenza e Privacy”.

Nel corso del 2021 l'Istituto ha partecipato alla Giornata della Trasparenza organizzato dell'ufficio del RPCT della Regione Autonoma della Sardegna, aperta a tutti i Responsabili del Sistema Regione, dirigenti e personale coinvolto, occasione di confronto, discussione e riflessione dedicata alla promozione di una cultura amministrativa orientata all'accessibilità totale, all'integrità ed alla legalità.

Durante l'anno 2021 è stata creata una sezione della Intranet aziendale interamente dedicata alla Trasparenza per permettere a tutti i dipendenti di accedere con facilità alla documentazione, alle note interne, indicazioni sulle Attestazioni OIV, con una sottosezione dedicata all'accesso agli atti. Tale sezione della intranet, nel corso degli anni successivi, è stata implementata per facilitare la fruizione dei documenti necessari all'aggiornamento in tema di trasparenza anche su indicazione e richiesta dei Referenti della Trasparenza con nuove sezioni relative ai Piani nazionali anticorruzione e Delibere e comunicati ANAC.

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

Nel corso del 2022 sono stati inseriti obiettivi di performance coerenti con le previsioni indicate nel D.L. n. 80/2021 con carattere pluriennale. Di seguito si riportano i progetti sviluppati nel corso degli anni successivi.

In coerenza con il Piano Strategico 2022-2024 (Det. del Direttore Generale n. 116 del 7.02.2022) e del Piano Triennale della performance 2022-2024 (Det. del Direttore Generale n. 215 del 17.03.2022 – Del. CdA n. 2.2 del 23.03.2022) si riportano gli obiettivi individuati allo scopo di promuovere maggiori livelli di trasparenza, formazione e comunicazione

all'interno dell'obiettivo strategico pluriennale della sezione trasparenza del PTPCT "Supporto, formazione e promozione della trasparenza".

Per quanto attiene l'obiettivo di Performance sul miglioramento degli strumenti di comunicazione istituzionale avente come indicatore la stesura del Piano della Comunicazione 2023-2024, lo stesso è stato presentato e adottato dall'Istituto con Determina del Direttore Generale n. 538 del 05.07.2023 e in seguito pubblicizzato e pubblicato sul sito istituzionale mettendone in evidenza l'importanza strategica nei termini che seguono: *"Le attività di comunicazione hanno un valore strategico per consentire all'Istituto di proporsi, nei confronti dei media e degli stakeholder, come interlocutore costante e punto di riferimento per l'ambito agro-zootecnico, agro-alimentare, ambientale e per la promozione della cultura scientifica. Al fine di conseguire vantaggi rilevanti per l'intera Organizzazione e orientare in modo strategico le attività di comunicazione, il Piano ha individuato gli obiettivi di comunicazione prioritari, a partire dai quali sono state delineate le azioni finalizzate a diffondere l'immagine dell'IZS Sardegna, a divulgare una corretta informazione sulle attività, a valorizzare e promuovere i servizi. Attraverso canali e attività strutturate verranno comunicate le attività svolte, le professionalità che operano in Istituto e i prodotti e servizi realizzati, le attività di ricerca, la storia dell'IZS Sardegna, le opportunità formative, i valori guida in ottica One Health.*

La progettazione delle attività di comunicazione ha tenuto conto di diversi fattori, tra i quali le attività svolte, il contesto territoriale, gli stakeholder esterni, il personale, le risorse, i bisogni comunicativi dell'Ente e dei diversi pubblici. Il Piano adotta un planning che, in una logica multimediale e multicanale, consentirà la pianificazione e la costruzione di un filone narrativo unitario che rappresenti l'Istituto e ne racconti identità e attività. I diversi strumenti, organizzati in ottica sinergica, sono stati inseriti nella pianificazione dei flussi di comunicazione, dei tempi e dei formati.

Si adotta questo documento nella consapevolezza che solamente con la partecipazione attiva di tutte le componenti dell'Istituzione e con un fattivo coinvolgimento degli stakeholder, il Piano di comunicazione potrà realizzarsi in modo efficace e produttivo e agire come leva di innovazione e trasparenza, valorizzando le professionalità e i risultati raggiunti".

Per quanto attiene l'obiettivo di Performance sulla promozione di maggiori livelli di trasparenza avente come indicatore revisione della Carta dei servizi, la stessa è stata aggiornata e pubblicata nel sito e nella sezione Amministrazione Trasparente.

Nel corso del 2024 verranno intraprese delle iniziative per favorire la creazione e l'implementazione e l'aggiornamento di una nuova sottosezione "Attuazione misure PNRR" della sezione Amministrazione Trasparente, come integrata dall'Allegato n. 9 del PNA 2022, in cui pubblicare gli atti normativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione delle misure di competenza, con incontri per favorire una maggiore sensibilizzazione in materia. In particolare, il PNA 2022 dedica un'intera sezione denominata "Trasparenza in materia di contratti pubblici" focalizzando l'attenzione sugli obblighi di trasparenza cui sono sottoposti questi contratti, sull'accesso civico generalizzato ai dati relativi e sulla trasparenza degli interventi finanziati con i fondi del PNRR. L'ANAC, infatti, sottolinea che in una fase storica in cui il legislatore ha introdotto dei regimi derogatori nelle procedure di affidamento

degli appalti, dovuti all'emergenza sanitaria ed alla necessità di raggiungere gli interventi del PNRR, va valorizzata l'importanza della trasparenza come strumento cardine per assicurare un importante presidio anticorrotivo anche come controllo sociale sull'operato e sui risultati ottenuti dalle stazioni appaltanti sia nell'aggiudicazione che nell'esecuzione di opere, di servizi e forniture, specificando inoltre che: "La garanzia di elevati livelli di trasparenza dei contratti pubblici è dunque obiettivo di ogni amministrazione, anche qualora operi in deroga al regime ordinario".

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

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

L'IZS della Sardegna è accreditato dal Dipartimento Laboratori di Prova di ACCREDIA (Sistema Italiano di Accreditamento). I laboratori accreditati da ACCREDIA operano in conformità ai requisiti prescritti dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005. L'accREDITamento dimostra la competenza tecnica del Laboratorio ad effettuare le prove indicate nello scopo dell'accREDITamento, e l'attuazione di un Sistema Gestionale per la Qualità (SGQ) allineato ai principi della ISO 9001. Nelle norme sulla qualità, che si applicano nell'Istituto al fine di perseguire la soddisfazione del cliente, sono stati notevolmente modificati ed ampliati i capitoli relativi al monitoraggio della stessa in linea con quanto richiesto dalle guide per la stesura delle norme della serie ISO 17000. Le novità sono caratterizzate in maniera molto più stringente sulla focalizzazione sul cliente in modo da assicurare che:

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

L'Istituto ha promosso numerosi percorsi formativi al personale che opera nell'ambito del sistema di gestione della qualità (SGQ), richiedendo un maggior coinvolgimento del personale amministrativo.

Durante il 2020, in piena pandemia dovuta alla diffusione del Covid 19, è stato erogato un corso riservato agli operatori del comparto afferenti ai servizi di front office, indicato puntualmente nel paragrafo precedente, focalizzato sull'acquisizione delle competenze

comunicative per la gestione dei rapporti con l'utenza esterna (Front Office) e fra gli interessati interni (Back Office), con approfondimenti sulla comunicazione ai tempi del Covid e sulla capacità di dare e ricevere feedback. Inoltre, è stata rivista la procedura nel Sistema di Gestione della Qualità relativa ai reclami in un'ottica di miglioramento sia del rapporto con l'utenza, sia del servizio pubblico offerto in termini qualitativi.

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

Con l'approvazione del primo PIAO 2022-2024 si è dato avvio alla riorganizzazione della rilevazione sulla soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi, in particolare dei servizi in rete, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo, i cui esiti sono oggetto di pubblicazione su Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 7, comma 3, D. Lgs. 82/2005, modificato dall'art. 8, comma 1 del D. Lgs 179/2016.

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

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

Nel corso del 2022 sono stati presentati oltre ad un documento di programmazione di un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, le proposte di questionari relative ai servizi di analisi, servizi in rete e una proposta di rilevazione interna integrata con la "percezione" della nuova esperienza dello "smart working". Le rilevazioni dovranno essere perfezionate, approvate formalmente ed erogate nella prospettiva di accrescere il livello di partecipazione sinergica con i portatori di interesse; infatti, l'Istituto ha avviato un percorso

di valutazione partecipativa atto a migliorare il processo di analisi, anche tramite strumenti atti a favorire la collaborazione e sviluppare ulteriormente la cultura della valutazione.

L'impegno è quello di avviare un percorso di maggiore strutturazione del processo di coordinamento delle attività di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e prevedere uno sviluppo integrato delle attività di ascolto degli stakeholders e degli operatori interni. Come evidenziato nel PNA 2022, il monitoraggio integrato, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, pone le condizioni per verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte fatte volti al raggiungimento del valore pubblico.

Nel corso del 2023 sono stati presentati alla Direzione Aziendale i questionari per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza esterna, inclusi i servizi erogati on line, e per l'utenza interna, pronti per essere somministrati. L'effettiva erogazione verrà attuata nel corso del 2024 alla quale seguirà l'analisi dei risultati e la relativa fase di comunicazione e rielaborazione dei questionari successivi.

Obiettivo: Monitoraggio integrato sulla trasparenza

Il monitoraggio sulle misure di trasparenza consente di formulare un giudizio sia sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza che sulla corretta attuazione della disciplina sull'accesso semplice e generalizzato. Gli esiti relativi sono:

- funzionali alla verifica del conseguimento degli obiettivi strategici dell'amministrazione e, in particolare, di quelli orientati al raggiungimento del valore pubblico;
- strumentali alla misurazione del grado di rispondenza alle attese dell'Amministrazione delle attività e dei servizi posti in essere per il miglioramento dei servizi erogati;
- atti a valutare la capacità di orientare il proprio operato alla compartecipazione per consentire di migliorare la qualità dell'attività e dei servizi erogati in coerenza con i principi fondanti del D.L. n. 80/2021, introduttivo del PIAO, nell'ottica del superamento dell'autoreferenzialità;
- necessari per la responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti.

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure risulta essere una fase fondamentale per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Deve essere inteso come funzionale, integrato e permanente e dovrebbe avere ad oggetto congiuntamente tutti gli ambiti della programmazione dell'amministrazione.

Per quanto attiene al monitoraggio sull'accesso si rinvia al paragrafo dedicato all'argomento.

Nel tentativo di promuovere la cultura del monitoraggio, oltre a fissare dei riscontri permanenti e chiari indicati puntualmente nel paragrafo successivo, nel corso degli anni scorsi, si è intrapreso un percorso di integrazione dei controlli relativi alla trasparenza. Il Servizio Affari Generali e URP, (come evidenziato nella Relazione finale della Performance 2020 dell'obiettivo operativo "Monitoraggio obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente di competenza del Servizio"), ha sperimentato, come ufficio di supporto al RPCT,

un sistema di monitoraggio basato su un processo di gestione del rischio (PDCA - Plan, Do, Check, Act - Ciclo di Deming) - Armonizzazione e razionalizzazione attraverso un'analisi, correzione e valutazione delle conseguenze dell'inadempimento.

La normativa in materia di "trasparenza" e la relativa regolamentazione interna dell'Istituto prevedono diverse attività di monitoraggio su Amministrazione Trasparente con il rischio di costringere i Responsabili ed i Referenti ad effettuare diverse attività di controllo sugli stessi punti, ma con modalità e criteri differenti, con un dispendio di energie e di tempo. Le varie attività di monitoraggio necessitano di maggiore fluidità e condivisione per permettere un più semplice processo di miglioramento favorendo l'individuazione delle criticità e delle proposte di implementazione.

I monitoraggi sino ad ora previsti sono:

1. Attestazione OIV su indicazione delle delibere ANAC;
2. Monitoraggio Specifico di ogni struttura amministrativa previsto dal PTPCT nella Sezione Trasparenza (MSS);
3. Monitoraggio Generale Semestrale (MGS)

Oltre ad aver previsto un monitoraggio di primo livello (MSS) si intende sviluppare e rendere efficace il controllo di secondo livello, come già sperimentato da alcuni servizi dell'Istituto negli ultimi anni, in linea con le indicazioni del PNA 2022 (par. "Il monitoraggio: indicazioni per i PIAO e per i PTPCT" - pag. 49). In un'ottica di semplificazione e di alleggerimento degli oneri amministrativi, nel corso dei prossimi anni si riproporrà un sistema di rilevazione integrato sulla trasparenza per facilitare da un lato il controllo di primo livello e dall'altro quello di secondo livello creando:

- "Schede di Monitoraggio" vale a dire dei file uniformi per ogni servizio per il monitoraggio semestrale che siano allineati direttamente con i criteri utilizzati per l'attestazione OIV (completezza, aggiornamento, formato) facilitando notevolmente il lavoro di controllo anche in caso di controllo previsto dalle delibere ANAC;
- condividendo la modulistica predisposta nella sezione della Intranet dedicata alla trasparenza già presente per creare uno spazio condiviso e facilmente accessibile;
- sviluppando un sistema di rilevazione delle note, criticità, suggerimenti interni favorendo canali di comunicazione e confronto su temi specifici per valorizzare il ruolo pro-attivo del RPCT;
- creando un sistema automatico di autovalutazione attraverso la compilazione dei documenti calcolando il risultato della stessa: indicatore di risultato: n. degli obblighi che rispettano i requisiti di / n. degli obblighi di pubblicazione del servizio;
- ideare un flusso informatico per la condivisione dei monitoraggi.

Una particolare attenzione verrà assicurata nel monitoraggio dei "dati ulteriori" ex art. 7 bis,

co. 3 del D.Lgs. n. 33/2013, soprattutto nel caso in cui riguardino processi interessati dalle risorse finanziate con il PNRR e i fondi strutturali con l'obiettivo di assicurare la massima trasparenza sull'attività dell'Istituto e garantire il controllo diffuso.

MONITORAGGIO

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

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

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

In particolare, l'attività di monitoraggio dell'Istituto sulla trasparenza si concretizza con le seguenti azioni:

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

Monitoraggio Generale Semestrale (MGS)

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

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

MSS (Monitoraggi Specifici Semestrali)

In coerenza con le disposizioni del legislatore in tema di responsabilità dei dirigenti, gli stessi dovranno rendere al RPCT formale dichiarazione, con assunzione di responsabilità, di aver correttamente ed esaurientemente adempiuto ai propri obblighi. In particolare, si procederà

a monitorare semestralmente tramite i dirigenti responsabili:

Tabella 29: Monitoraggi specifici semestrali

Misura: Il rispetto del requisito della COMPLETEZZA delle pubblicazioni	Indicatore: n. degli obblighi che rispettano il requisito/n. degli obblighi di pubblicazione),Obiettivo: 1
Misura: Il rispetto del requisito dell'AGGIORNAMENTO delle pubblicazioni	Indicatore: n. degli obblighi che rispettano il requisito dell'aggiornamento/n. degli obblighi di pubblicazione); Obiettivo: 1;
Misura: Il rispetto del requisito del FORMATO APERTO delle pubblicazioni	Indicatore: n. degli obblighi che rispettano il requisito del "formato aperto" /n. degli obblighi di pubblicazione); Obiettivo: 1
Verifica dell'avvenuta eliminazione dei contenuti pubblicati per i quali sono scaduti i termini di pubblicazione (art. 8, co. 3, D. Lgs. n. 33/2013 o altri riferimenti normativi specifici)	

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

MATA (Monitoraggio Annuale sulle Tempistiche degli Accessi)

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

Misura: Il rispetto delle tempistiche sulle istanze di accesso.

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

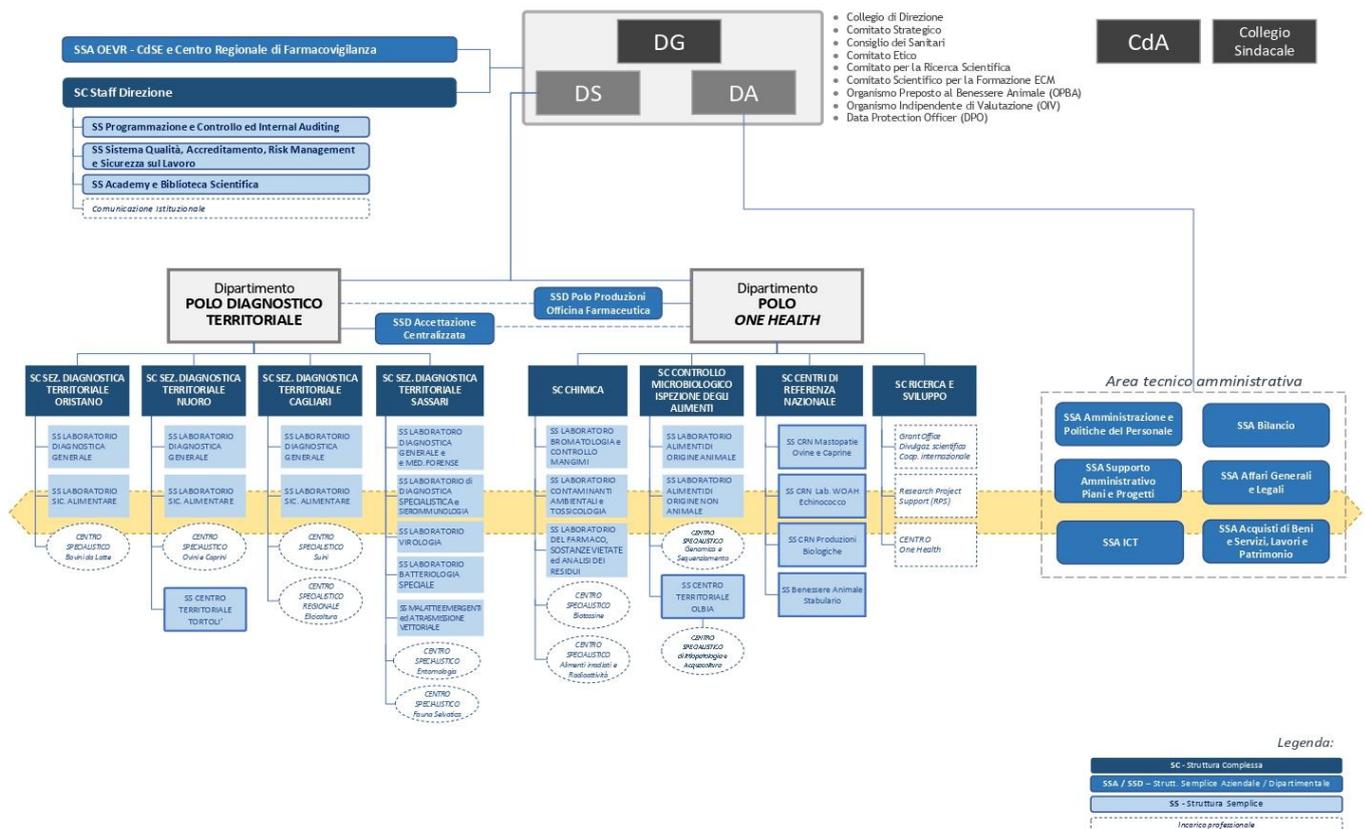
Relativamente al monitoraggio specifico al tema degli accessi si rinvia al paragrafo dedicato all'accesso della presente sezione.

3. SEZIONE: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione di programmazione - *Struttura organizzativa*

Attraverso l'attuazione del Regolamento in tema di modello organizzativo ed ordinamento interno dei servizi (determina del Direttore Generale n.123 del 22/02/2023 – Delibera CDA n. 1.1 del 28/02/2023), l'Ente ha intrapreso un percorso di riorganizzazione dove il modello di governance dell'Istituto promuove il consolidamento di una cultura professionale e manageriale orientata al cambiamento e basata sulla collaborazione sinergica tra le diverse componenti (amministrative, di supporto e sanitarie), che garantisce l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse (economiche, professionali, materiali e immateriali), in un quadro di sostenibilità del cambiamento coerente con le strategie individuate dall'Istituto.

Segue rappresentazione complessiva dell'organigramma dell'IZS.



Nel dettaglio, il modello organizzativo conferma un ambito di staff che, arricchito delle competenze proprie delle funzioni addette alla sorveglianza epidemiologica veterinaria, punta alla qualificazione dell'attività programmatoria, di controllo interno e di rendicontazione tipica della Direzione strategica e, in forma più diffusa, di tutti i livelli gestionali in cui l'Istituto si articola, pervenendo ad un significativo potenziamento delle capacità di controllo di gestione ed una qualificazione in termini di innovazioni dell'area della formazione ed aggiornamento professionale, che trova poi recepimento anche nel progetto relativo all'Academy.

Il modello prevede ovviamente un'area che racchiude le tipiche funzioni tecnico - amministrative, la cui gestione potrà essere comunque gradualmente ricalibrata, affiancando le tradizionali competenze amministrative con più attuali politiche di gestione delle risorse umane, di bilancio, di acquisizione programmata delle risorse necessarie al funzionamento dell'istituto, oltre che finalizzate ad una trasparente rendicontazione dei livelli qualitativi e quantitativi prodotti.

Questo modello deve tendere a coniugare le prestazioni con le competenze attese in una amministrazione moderna ed efficiente e rendere complementari la programmazione dei fabbisogni, l'acquisizione delle risorse, il reclutamento, lo sviluppo delle carriere e la formazione professionale, in una logica di gestione integrata delle risorse umane basata sulle conoscenze, che riconosca e promuova gli aspetti motivazionali e valoriali tipici del servizio pubblico.

L'organizzazione dei servizi sanitari di linea prevista dall'Istituto rispecchia lo schema generale di cui al Piano Strategico e ne rappresenta di fatto l'attuazione organizzativa. Al fine di realizzare compiutamente gli obiettivi assegnati all'Ente dalle norme di riferimento ed in applicazione dei nuovi Regolamenti Comunitari in tema di sanità animale e di sicurezza alimentare, la nuova organizzazione dei servizi sanitari presenta due novità: la previsione di due grandi poli aggregativi organizzati nella forma di Dipartimenti strutturali.

Con riferimento alla dimensione dipartimentale dell'IZS della Sardegna, come di seguito schematizzato, dal modello organizzativo emerge un assetto con due dipartimenti, pensati per rappresentare rispettivamente il tradizionale e consolidato cuore produttivo dell'Istituto (*Polo Diagnostico Territoriale*) ed il nuovo motore propulsivo dell'Ente (*Polo One Health*).



All'interno di ciascuno dei due Dipartimenti sono inoltre individuate due strutture semplici dipartimentali rispettivamente riconducibili ad attività di accettazione centralizzata (rif. Dip. Polo Diagnostico Territoriale) ed alla produzione di vaccini e terreni (rif. Dip. Polo One Health).

Le priorità sono individuate dalla Direzione aziendale e affidate tramite obiettivi del Dipartimento Diagnostico Territoriale, che ne coordina e garantisce l'applicazione uniforme su tutto il territorio regionale. A tal fine nell'applicare le attività connesse alla lista delle priorità e della profilazione del rischio territoriale è di interesse strategico implementare e alimentare, per quanto di competenza, e favorire l'alimentazione costante, da parte degli enti e dei soggetti competenti, dei sistemi informativi finalizzati a creare le connessioni tra il mondo produttivo e le sedi diagnostiche territoriali.

L'Istituto si articola nelle forme organizzative previste dalla vigente normativa nazionale; quindi, in strutture dotate di autonomia gestionale, che in base alle rispettive peculiarità assumono la caratterizzazione di strutture complesse o semplici.

La funzione di gestione delle singole strutture in cui si articola l'Ente è assegnata ad un direttore (rif. strutture complesse) o responsabile (rif. strutture semplici) e, in quanto assegnatarie di risorse per il conseguimento di determinati obiettivi operativi, le medesime sono identificate come Centri di Responsabilità (CdR) dell'Istituto.

In termini di micro-organizzazione le suddette strutture possono articolarsi in Centri specialistici di area tecnico-sanitaria, in Uffici di area tecnico-amministrativa, oltre che in ambiti organizzativi riconducibili alle figure di coordinamento gestionale o tecnico-professionale previste dai vigenti Contratti Nazionali di Lavoro dell'area del Comparto Sanità. Infine, come previsto dalla vigente normativa nazionale ed in linea con le più recenti tendenze organizzative del settore, l'Istituto mira a conservare opportuni livelli di efficienza organizzativa, esaltando la responsabilità di forme organizzative riconducibili ad incarichi di coordinamento funzionale e di elevata professionalità.

Nello specifico, il modello organizzativo delineato dal Regolamento prevede le seguenti forme organizzative:

- Direzione Strategica;
- Dipartimento gestionale;
- Area funzionale;
- Struttura Complessa (SC);
- Struttura Semplice a valenza Aziendale o Dipartimentale (SSA o SSD);
- Struttura Semplice articolazione interna di Struttura Complessa (SS);
- Centro Specialistico ed Ufficio.

La Direzione strategica individua l'ambito organizzativo dell'Istituto dove trovano sintesi e sinergia le figure del Direttore Generale, coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. La Direzione Strategica traduce la propria vision in contenuti di programmazione strategica ed operativa e con il fondamentale supporto delle funzioni di staff direzionale monitora i relativi livelli di efficacia ed efficienza, così rispondendo delle proprie responsabilità gestionali ai portatori d'interesse interni ed esterni. Le responsabilità e funzioni delle figure afferenti alla Direzione strategica sono puntualmente disciplinate dalla normativa vigente e richiamate nello Statuto dell'IZS.

In merito alla dimensione organizzativa delle strutture, come previsto dalla normativa di riferimento e tenuto conto della consolidata prassi delle organizzazioni del SSN, le stesse assumono la propria caratterizzazione in ragione del livello di complessità che sono chiamate a gestire, oltre che in considerazione della specifica afferenza alle sovrastrutture di riferimento ed alla conseguente autonomia di gestione.

In base a ciò, le Strutture Complesse (SC) rappresentano un ambito organizzativo caratterizzato da alti livelli di complessità in termini di risorse assegnate (umane, tecniche e strumentali), livelli qualitativi e quantitativi di attività, contesto gestionale di riferimento e rilevanza strategica.

Le SC sono Centri di Responsabilità (CdR) caratterizzati da autonomia professionale, organizzativa e gestionale e la cui direzione è affidata ad una figura con qualifica dirigenziale, individuata dalla Direzione aziendale nelle forme previste dalla normativa vigente, che in tale ruolo assume le funzioni di Direttore di struttura complessa.

Le SC possono essere articolazioni di macrostrutture, quindi afferire alla responsabilità

gestionale proprie delle direzioni di dipartimento, oppure possono afferire direttamente all'ambito della Direzione strategica dell'Istituto.

La previsione di nuove SC o la soppressione di quelle esistenti deve essere disposta con provvedimento del Consiglio di Amministrazione, adottato su proposta del Direttore Generale e sottoposto al controllo degli Enti preposti.

Sempre facendo riferimento alle caratterizzazioni organizzative richiamate sopra in relazione alle SC, anche le strutture semplici rappresentano CdR dell'Istituto anch'essi contraddistinti da autonoma gestione delle risorse assegnate (umane, tecniche e strumentali), seppur caratterizzati da un livello di complessità inferiore a quello tipico delle strutture complesse.

In ragione della propria collocazione organizzativa, le strutture semplici si distinguono in:

- Strutture Semplici a valenza Aziendale (SSA), collocate in un ambito organizzativo in cui non è prevista un'organizzazione dipartimentale, quindi afferenti direttamente alla Direzione strategica IZS e contraddistinte da compiti tipicamente funzionali a tutte le strutture dell'Istituto;
- Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (SSD), che assumono le stesse caratterizzazioni delle SSA, distinguendosi da queste ultime in quanto allocate in un ambito organizzativo dipartimentale, quindi per l'afferenza a tale livello gestionale di riferimento;
- Strutture Semplici (SS) che costituiscono articolazioni interne delle SC e che quindi, pur conservando la caratterizzazione di CdR, sono tenute a coordinare la gestione delle proprie risorse e la programmazione delle proprie finalità con la Direzione della struttura complessa di afferenza.

L'autonomia gestionale ed organizzativa delle SS viene esercitata dalle medesime strutture in considerazione dell'ambito organizzativo cui le stesse afferiscono, quindi in forma coordinata e funzionale alle complessive finalità della SC di riferimento.

In base a ciò, le SS articolazione interna di SC esercitano le prerogative tipiche di CdR entro il perimetro organizzativo della SC di afferenza, coordinandosi con la stessa nella programmazione e controllo delle proprie attività.

La gestione delle strutture semplici è affidata ad un dirigente nelle modalità previste dalla vigente normativa, riconoscendo allo stesso l'incarico di Responsabile di struttura semplice.

Nella micro-organizzazione interna alle SC trovano allocazione delle forme organizzative altamente specialistiche che in ragione della loro natura tipicamente sanitaria/scientifica o tecnico-amministrativa si distinguono in Centri Specialistici ed Uffici.

I Centri Specialistici sono espressione in ambito tecnico-scientifico di particolari funzioni professionali con elevata specializzazione e rilevanti competenze anche in campo consulenziale.

Al di là dell'elevata competenza ed autorità specialistica, tale forma organizzativa costituisce un

Centro di Costo (CdC) privo dell'autonomia gestionale tipica invece di un CdR. I Centri specialistici sono coordinati da una figura professionale con qualifica dirigenziale collocata nell'ambito organizzativo cui lo stesso Centro specialistico afferisce e, in considerazione delle proprie finalità, possono configurarsi come:

- Centri specialistici interni all'Istituto, con funzioni di coordinamento trasversale in relazione a determinati settori ed ambiti di attività;
- Centri specialistici di referenza regionale, la cui specifica attività, seppur riferita alla struttura di afferenza, risulta organizzata e funzionale al complessivo ambito regionale di riferimento;
- Centri specialistici di referenza nazionale, che esercitando le funzioni previste dalla normativa, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza, nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica.

Di seguito si riporta la tabella contenente il prospetto riepilogativo delle risorse umane assegnate a ciascuna Struttura al 31/12/2023 considerando anche il personale andato in pensione durante l'anno.

Tabella 30: Risorse umane suddivise per struttura

STRUTTURE	TI	TD	Co.co.co	DI	SP	BO	PI	totali
DIREZIONE STRATEGICA				3				3
DIREZIONE AZIENDALE	25	2					1	28
SC SANITA' ANIMALE	54				11		14	79
SC CONTROLLO MICROBIOLOGICO E ISPEZIONE ALIMENTI	16				4		5	25
SC CHIMICA	19						5	24
SC DIAGNOSTICA TERRITORIALE ORISTANO	11						2	13
SC DIAGNOSTICA TERRITOTIALE NUORO	23				1		1	25
SC DIAGNOSTICA TERRITOTIALE CAGLIARI	18	1	2		1		1	23
SVA PIANIFICAZIONE RICERCA FORMAZ. ED. SANITARIA	4						3	7
SVA VACCINI STABULOGENI E AUTOVACCINI	5						2	7
SVA CENTRO DI	5						3	8

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E OEVR									
SVA STABULARIO E BENESSERE ANIMALE	6			2			1		9
SVA AFFARI GENERALI E URP	11								11
SVA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE AMM. PIANI E PROGET.	5		1				1		7
SVA QUALITA' E METROLOGIA	5								5
SVA CONTABILITA' E BILANCIO	7								7
SVA AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	7								7
SVA ACCETTAZIONE CENTRALIZZATA E RAPPORTI UTENZA	11								11
SVA PROVVEDITORATO	9								9
BORSISTI							20		20
totali	241	3	3	3	19	20	39	328	

NB: TI (Tempo indeterminato); TD (Tempo determinato); Co.co.co (Collaborazioni); DI (Direzione); SP (Specialistica ambulatoriale); BO (Borsisti); PI (Personale Piramide della ricerca).

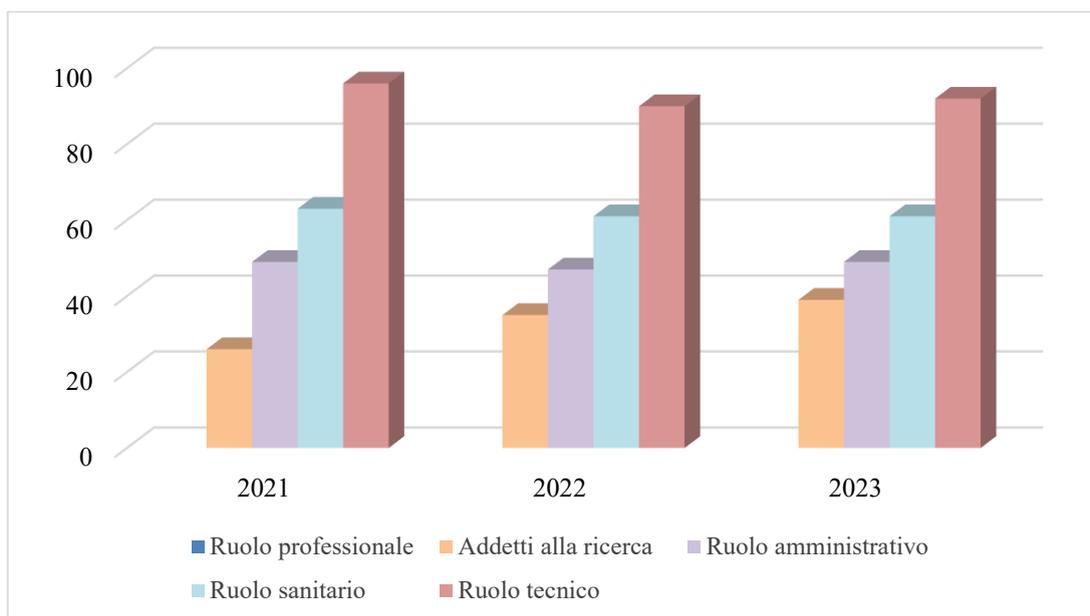
Il personale dipendente suddiviso per area contrattuale e ruolo, per gli anni 2021 – 2022 – 2023 è esposto nella tabella successiva.

Tabella 31: Personale dipendente per area

Ruolo	COMPARTO			DIRIGENZA			SPECIALISTI		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Ruolo professionale				1	1	1			
Addetti alla ricerca	26	35	39						
Ruolo amministrativo	49	47	49	6	4	6			
Ruolo sanitario	63	61	61	34	35	34	20	20	19
Ruolo tecnico	96	90	92	1	1	1			
Totali	234	233	241	42	41	42	20	20	19

È stato potenziato il settore relativo al personale a supporto della ricerca (26 unità nel 2021, 39 unità nel 2023).

Figura 15: Personale del comparto per ruolo

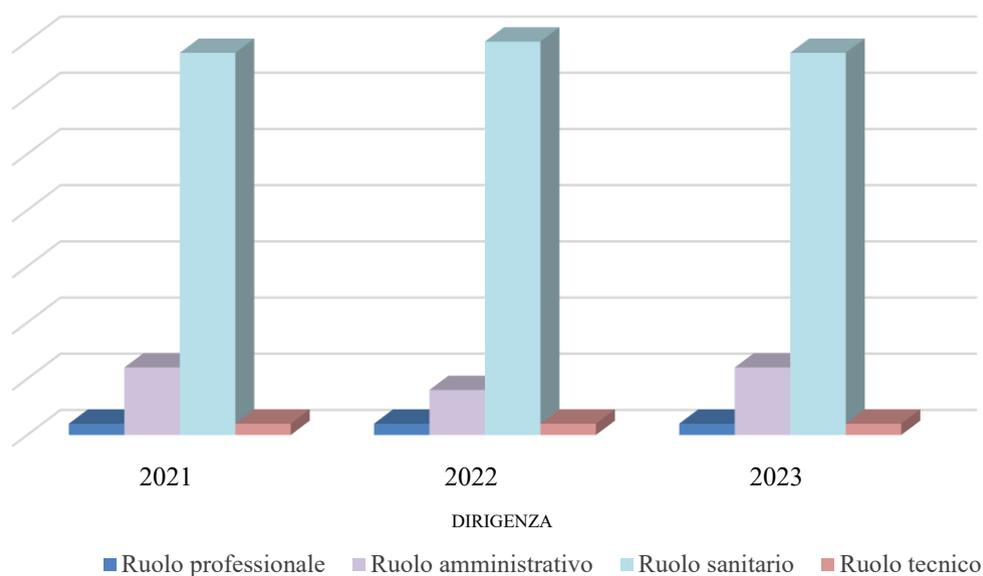


Nell'anno 2022 il personale amministrativo si è ridotto rispetto al 2021, mentre nell'anno 2023 sono stati riconfermati i dati relativi al 2021.

Il personale sanitario ha registrato un decremento nel 2022 rispetto all'anno precedente. Nel 2023 si confermano i dati dell'anno 2022.

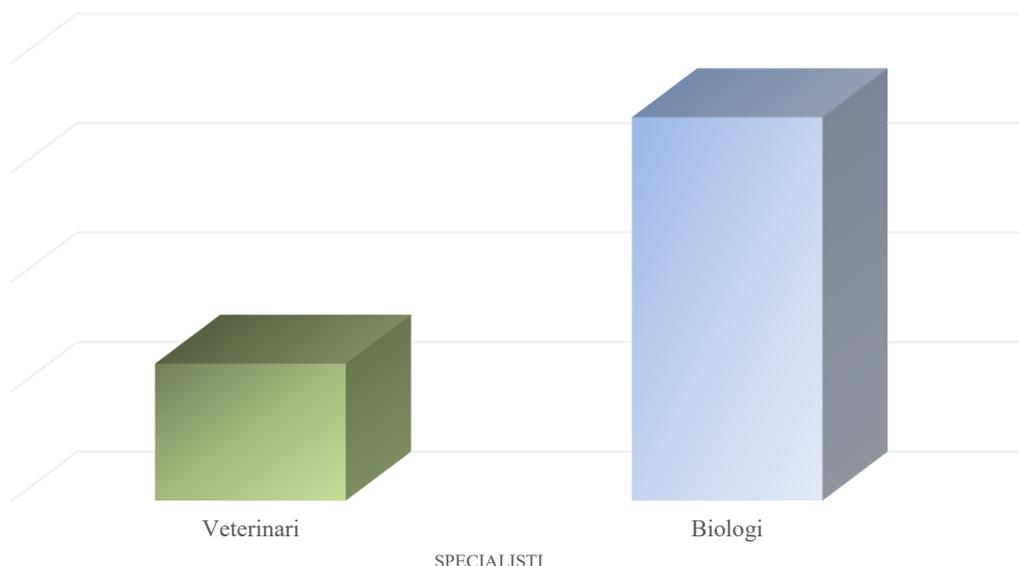
Mentre il ruolo tecnico ha registrato un incremento.

Figura 16: Personale della dirigenza per ruolo



La composizione della dirigenza sanitaria, professionale, tecnico e amministrativa, non è sostanzialmente variata nel triennio di riferimento.

Figura 17: Personale degli specialisti per ruolo



Inoltre, l'IZS si avvale della collaborazione di 19 specialisti ambulatoriali, dei quali 5 sono medici veterinari e 14 sono biologi. Si aggiungono i borsisti per un totale di 20 risorse.

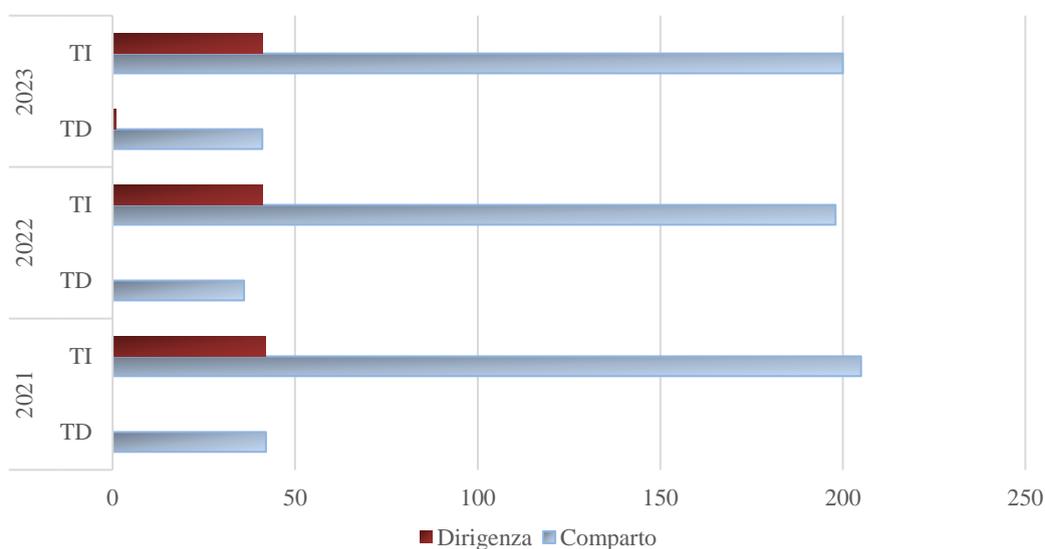
Oltre alle suddette unità, nei limiti delle disponibilità di bilancio, delle norme di legge e per l'esecuzione di progetti finanziati (contributi regionali, nazionali ed internazionali) e per l'espletamento dei concorsi del personale della ricerca, sono presenti 3 incarichi di collaborazione Co.co.co..

Di seguito, la suddivisione del personale dipendente nel triennio 2021-2023 per tipologia contrattuale delle casistiche del comparto e della dirigenza.

Tabella 32: Personale per tipologia contrattuale

		DIPENDENTI					
		2021		2022		2023	
		TD	TI	TD	TI	TD	TI
<i>Comparto</i>		42	205	36	198	41	200
<i>Dirigenza</i>			42		41	1	41
		42	247	36	239	42	241

Figura 18: Rappresentazione dipendenti per tipologia contrattuale



Come si evince dal grafico sopra esposto, nell'arco del triennio 2021 – 2023, per ciò che concerne il comparto, il personale con tipologia contrattuale a tempo determinato è rimasto pressoché costante, mentre il personale a tempo indeterminato ha registrato una riduzione riconducibile al personale in quiescenza.

Nella tabella seguente viene evidenziato il personale del comparto e della dirigenza, classificato per genere, riferito all'anno 2023.

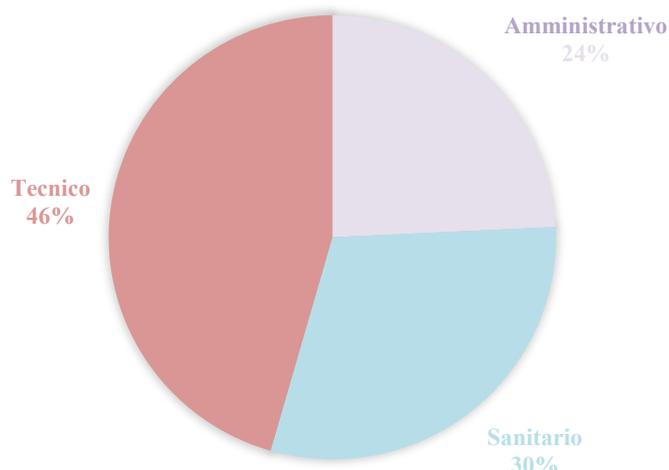
Tabella 33: Variabili descrittive comparto e dirigenza per genere

	Unità	GENERE	
		Donne	Uomini
Co.Co.Co.	3	3	0
COMPARTO	202	114	88
Amministrativo	49	33	16
Sanitario	61	53	8
Tecnico	92	28	64
PERSONALE DELLA RICERCA	39	27	12
DIRIGENZA	42	21	21
S.P.T.A	17	10	7
Veterinaria	25	11	14
SPECIALISTICA	19	16	3
Sanitario	19	16	3
Totale complessivo	305	181	124

Sotto il profilo della composizione, si rilevano 202 unità operative assegnate al comparto,

ovvero il 66,2% del totale. Lo stesso è suddiviso in personale tecnico, personale sanitario, impegnato nelle diverse attività laboratoristiche e istituzionali, e il ruolo amministrativo che ammonta n. 47 unità e la presenza di 42 dirigenti dipendenti, corrispondenti a circa il 13,7 % del totale delle risorse umane.

Figura 19: Percentuale del personale del comparto



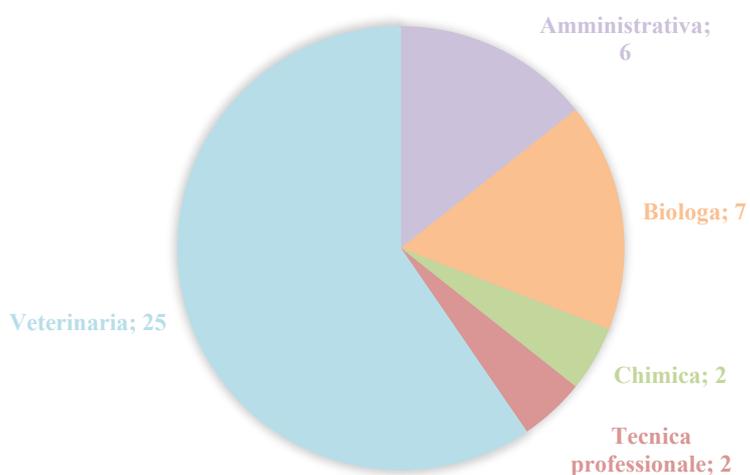
Sono presenti 19 specialisti e 3 collaboratori. Per quanto riguarda i ruoli, la dirigenza è composta da 25 medici veterinari, 7 biologi, 2 chimici, 2 tecnici e 5 amministrativi per un totale di 42 unità dirigenziali.

Tabella 34: Personale della dirigenza

Dirigenza	Unità di personale
Amministrativa	6
Biologa	7
Chimica	2
Tecnica professionale	2
Veterinaria	25
Totale complessivo	42

Di seguito, la rappresentazione grafica della tabella sopra esposta, raffigurante il riparto del personale dirigente per ruolo professionale, in servizio al 31/12/2023.

Figura 20: Personale della dirigenza per ruolo professionale



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

Il punto di partenza indispensabile per qualsiasi attività di pianificazione è costituito da una rappresentazione della situazione di fatto nella quale si opera e, pertanto, per ciò che riguarda le politiche connesse allo sviluppo delle pari opportunità, dalla raffigurazione di un'aggiornata situazione degli organici, dell'Istituto.

Figura 21: Personale Izs Sardegna per genere

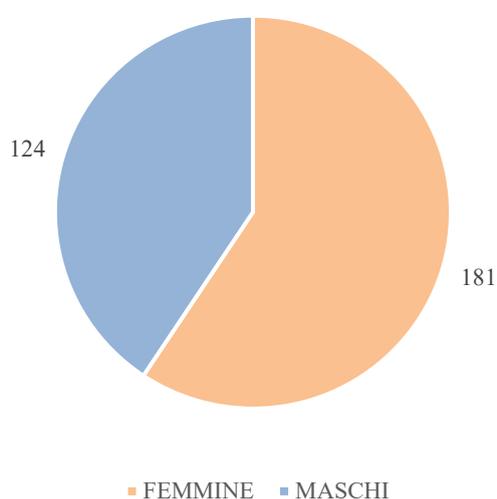


Figura 22: Personale del comparto per ruolo e genere

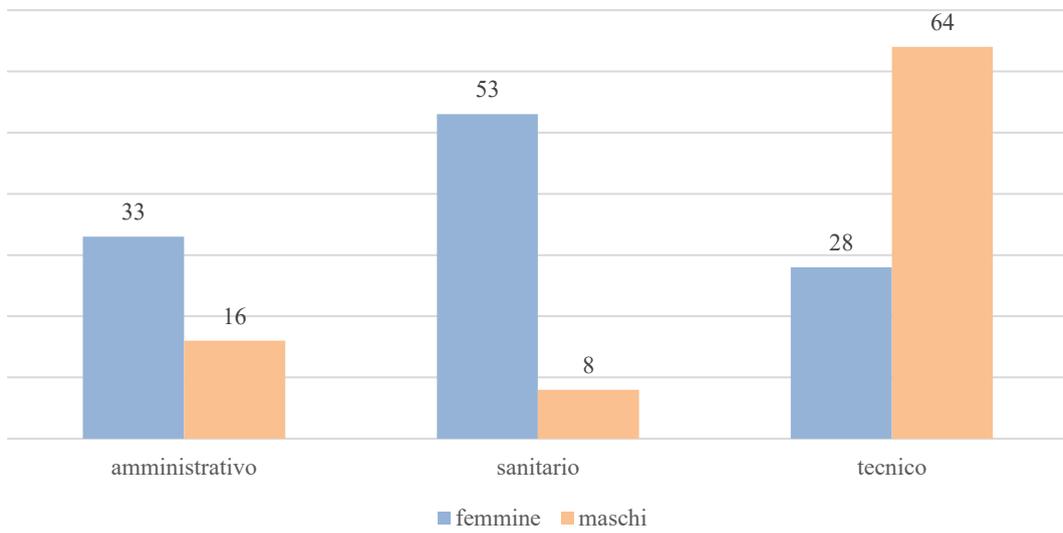


Figura 23: Personale specialistico sanitario per genere

Personale specialistico sanitario per genere

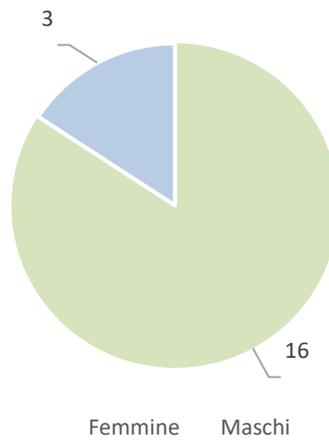
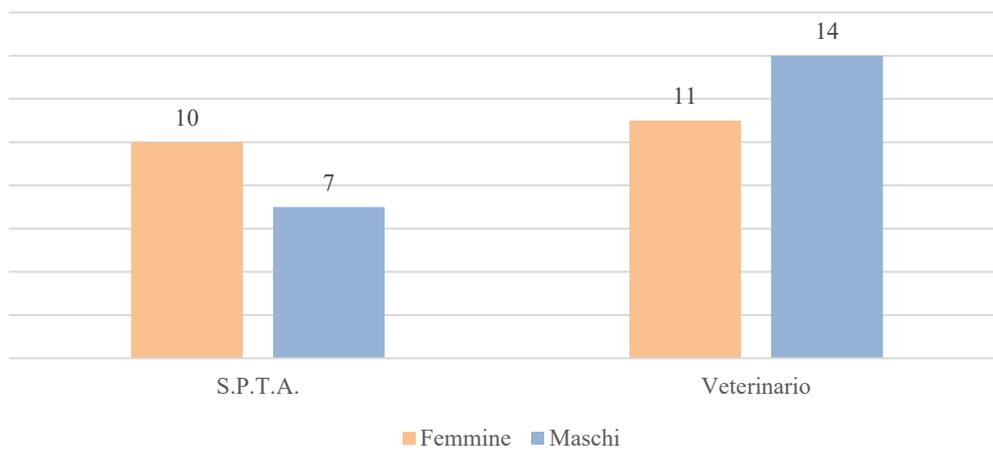


Figura 24: Personale dirigente per genere



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

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

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

Nel 2021 il Comitato Unico di Garanzia, insediatosi a fine 2020, ha dovuto affrontare un anno particolare, caratterizzato dal perdurare della pandemia e da un periodo di vacatio dei vertici aziendali conclusosi solo nell'estate 2021.

Il Comitato, inoltre, a seguito del cessato servizio da parte di alcuni componenti e delle dimissioni della Presidente, è stato rinnovato solo recentemente nella sua composizione con Determina del D.G n. 682 del 20/09/2023. Le condizioni sopra descritte non hanno perciò consentito l'avvio delle attività previste dal PAP, se non nella parte relativa alle misure di conciliazione vita lavoro (Azione n. 3), grazie all'introduzione delle disposizioni interne sul Lavoro Agile. Le restanti azioni vengono, pertanto, in questa sezione riproposte per la prossima attuazione.

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

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

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

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

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

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

Tabella 35: Piano azioni positive

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

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

AZIONE	3
Titolo	Conciliazione vita-lavoro
Destinatari	Tutte/i le/i lavoratrici/tori
Finanziamenti	Risorse dell'Ente
Obiettivi	Favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
Descrizione	Favorire l'adozione di un orario flessibile "dedicato" al personale con particolari situazioni personali e familiari, in considerazione delle motivate esigenze rappresentate
Strutture coinvolte	Direzione aziendale, Servizio Personale e tutte le altre strutture dell'Ente
Tipologia di azione	Rivolta all'interno dell'Ente

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

L'Istituto ha inoltre avviato un percorso di formazione sul Gender Equality Plan. L'adozione del Piano di eguaglianza di genere (Gender Equality Plan – GEP) costituisce un requisito essenziale per la partecipazione ai progetti di ricerca scientifica europei nell'ambito del Programma quadro Horizon Europe.

3.3 Sottosezione di programmazione - *Organizzazione del lavoro agile*

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

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

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

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

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

Nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile

l'accesso allo smart working è stato autorizzato nel rispetto delle disposizioni di attuazione delle Linee Guida.

Il modello di Accordo Individuale appositamente predisposto è stato aggiornato in seguito alla firma del Contratto Collettivo Nazionale Comparto Sanità (02 novembre 2022).

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

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

Lo svolgimento dell'attività lavorativa nella modalità del lavoro agile comporta la sottoscrizione di un accordo individuale tra il dipendente e l'Istituto e sarà consentito nel rispetto delle seguenti condizioni:

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

Secondo la Legge 22 maggio 2017 n. 81, all'art. 18, il lavoro agile è una "modalità di esecuzione

del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.”

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

Venendo meno i riferimenti dell'orario e del luogo come elementi per la definizione della prestazione di lavoro, l'attenzione si sposta verso la maggiore responsabilizzazione sui risultati. Naturalmente per poter sfruttare al massimo le potenzialità di questo nuovo strumento occorre modificare la cultura manageriale.

Sarà pertanto cura dell'Amministrazione promuovere in maniera diffusa specifici percorsi di formazione e sarà impegno della dirigenza e di tutti i dipendenti la definizione e la condivisione di obiettivi necessari per gestire il lavoro in modalità agile. Questo comporta un cambio di paradigma per un efficace controllo e gestione del lavoro da parte dei dirigenti: il passaggio è nella valutazione non tanto del tempo dei dipendenti e di dove si trovano, ma nello sviluppo di una cultura basata sui risultati attraverso strumenti, modalità e processi improntati sulla condivisione delle informazioni e sulla collaborazione ottenuta. Saranno pertanto attuati sistemi di monitoraggio volti a rilevare la qualità e l'organizzazione del lavoro offerto svolto.

Di seguito per maggiore completezza si riportano i contenuti della circolare e dell'accordo individuale relativi alla regolamentazione del lavoro agile nel nostro Istituto.

Modalità di lavoro agile

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

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

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

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

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

Se nelle giornate di lavoro agile insorge la malattia le giornate vengono decurtate dai massimali settimanali, mensili o annuali.

Sotto il profilo operativo, per quanto anticipato, l'accordo individuale non contempla, per le giornate di lavoro agile, l'assolvimento di un debito orario (lavoro per obiettivi) ma semplicemente una fascia nell'ambito della quale il lavoratore è tenuto, con piena flessibilità, a svolgere la propria attività e una fascia di contattabilità che si colloca all'interno della prima. A tale proposito il giustificativo da inserire sul portale Irisweb sarà quello giornaliero, disponibile dalla funzione richiesta giustificativi-- smart working.

La prima fascia di cui si è detto ha la finalità precipua di garantire al lavoratore il "diritto alla disconnessione". Fuori da tale fascia non può essere pretesa alcuna prestazione di lavoro fermo restando che il lavoratore, per sua scelta e nell'ottica della flessibilità propria del lavoro agile, può comunque svolgervi attività lavorativa.

La seconda fascia fa sì che i dirigenti, i colleghi e gli utenti possano contattare il dipendente, con le modalità concordate con il Dirigente di riferimento. Tale fascia, va precisato, è di mera "contattabilità" e non di operatività per la suddetta logica della flessibilità propria del lavoro agile.

A seguito del contatto il dipendente dovrà quindi organizzarsi, ovviamente sempre secondo i principi generali di buona fede e correttezza che improntano il rapporto di lavoro e che sono richiamati nell'accordo individuale, per lo svolgimento delle attività eventualmente conseguenti nell'ambito della prima fascia oraria di cui si è detto.

Criteri prioritari per la gestione delle richieste di lavoro agile

Qualora non sia possibile, per il rispetto dei principi di cui alla presente circolare, soddisfare le richieste legate al lavoro agile, dovrà essere data precedenza, nell'ordine, alle seguenti situazioni, che comunque comportano che per il lavoratore sia prevista l'alternanza tra lavoro in presenza e lavoro agile secondo il principio della modalità ordinaria del lavoro in presenza:

- dipendenti titolari dei benefici della L. n. 104/1992 per se stessi o per l'assistenza ad un familiare, anche non convivente, nelle condizioni di cui all'articolo 3, comma 3 della medesima legge;
- genitori con almeno un figlio minore di anni 14 o in condizione di disabilità (anche non facente parte del nucleo familiare) ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, tenuto conto di particolari situazioni familiari quali, ad esempio, presenza di genitore solo, impossibilità dell'altro genitore alla cura del figlio durante l'orario lavorativo e simili;
- lavoratori domiciliati a più di 50 chilometri dalla sede di lavoro

Si riportano di seguito i contenuti dell'Accordo individuale.

Accordo Individuale per lo svolgimento del lavoro agile

Modalità di svolgimento

Nel rispetto del CCNL del personale del comparto sanità, triennio 2019-2021, tenuto conto dell'esigenza di garantire i servizi all'utenza, il buon funzionamento della struttura, l'adeguato presidio della sede di lavoro e le eventuali turnazioni con i colleghi, il dipendente renderà la prestazione lavorativa in modalità di "lavoro agile" con la seguente programmazione stabilita dalle parti:

- settimanale per max 2 gg (specificare il numero di giornate _____)
- mensile per max 8 gg consecutivi (specificare il numero di giornate _____)
- plurimensile max 80 giorni consecutivi (specificare il periodo _____)

Il dirigente ha facoltà di richiedere, la presenza in sede del dipendente per esigenze di servizio. Il mancato utilizzo delle giornate di lavoro agile durante la settimana o il mese non comporterà la differibilità delle stesse in epoca successiva.

Con il presente accordo la modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato può essere organizzata per fasi, cicli e obiettivi ai sensi dell'art. 76 del CCNL 2019-2021.

Al dipendente, in particolare, sono assegnate le seguenti attività, con relativi obiettivi da definirsi formalmente con cadenza almeno mensile da parte del Dirigente, in relazione all'andamento delle attività:

- _____;
- _____;
- _____;

Decorrenza

Il dipendente ha la possibilità di svolgere la propria attività di lavoro agile a decorrere dalla sottoscrizione del presente accordo e sino al 30/06/2024, ferma restando la possibilità di variazioni in base alla disciplina della materia da parte della contrattazione collettiva.

Sedi di lavoro

Durante il periodo previsto dal presente accordo, il dipendente potrà svolgere la sua attività lavorativa in modalità agile:

- presso la sua abitazione;
- presso altro luogo tale da garantire la propria salute e sicurezza, gli obblighi di custodia, riservatezza e privacy delle informazioni e documenti propri della sua attività lavorativa e che garantisca la possibilità di rientrare presso la propria sede di servizio, ove richiesto.

Durante il periodo di svolgimento del lavoro in modalità agile, la sede di lavoro continuerà ad essere la propria sede di servizio originaria.

Strumenti del lavoro agile

Nelle more dell'adozione degli strumenti tecnologici messi a disposizione dall'Amministrazione, il dipendente nelle giornate di lavoro potrà utilizzare strumentazione di sua proprietà.

L'Amministrazione è responsabile del buon funzionamento degli strumenti tecnologici eventualmente assegnati al Lavoratore agile per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Laddove il Dipendente dovesse riscontrare il cattivo funzionamento della strumentazione disponibile (es. assenza di connessione), dovrà informarne immediatamente il proprio responsabile sia al fine di dare soluzione al problema che di concordare le modalità di completamento della prestazione, ivi compreso, ove possibile, il rientro nella sede di lavoro.

Il dipendente deve garantire di poter disporre di una connessione ad internet e di un sistema operativo adeguati al puntuale svolgimento delle attività assegnate.

Il dipendente si dichiara disponibile a consentire le dovute verifiche di adeguatezza della propria strumentazione e l'eventuale installazione, da parte del CED, di software necessari a lavorare in modalità agile, ivi compresi sistemi antivirus a garanzia della sicurezza informatica dei dati

Le spese correlate allo svolgimento della prestazione in modalità agile (es. elettricità, riscaldamento, connessioni telefoniche, ecc.) sono a carico del dipendente.

Obblighi di custodia, riservatezza e privacy

Il lavoratore in modalità agile è personalmente responsabile della sicurezza, custodia e conservazione in buono stato, salvo l'ordinaria usura derivante dall'utilizzo, delle dotazioni informatiche fornite dall'Amministrazione.

Le dotazioni informatiche dell'Amministrazione devono essere utilizzate esclusivamente per ragioni di servizio, non devono subire alterazioni della configurazione di sistema, ivi inclusa la parte relativa alla sicurezza, e su queste non devono essere effettuate installazioni di software non preventivamente autorizzate.

Nello svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza sui dati e sulle informazioni dell'Amministrazione in suo possesso e/o ai quali ha accesso adottando ogni azione idonea in tal senso.

Nella qualità di "autorizzato" al trattamento dei dati personali, anche presso il luogo di prestazione fuori sede, dovrà osservare tutte le istruzioni e misure di sicurezza contenute nell'atto di incarico al trattamento dei dati, cui si fa rinvio, rese dal DPO dell'Ente, e pubblicate nella sezione Privacy e Sicurezza Informatica della Intranet Aziendale.

In caso di utilizzo degli stessi strumenti informatici da parte di altri membri della famiglia, il dipendente dovrà proteggere con password la parte utilizzata per il lavoro.

La prestazione lavorativa in modalità agile può prevedere l'utilizzo di documentazione cartacea istituzionale. È dovere del dipendente utilizzare, ove possibile, modalità alternative (es. documenti scansionati, copie digitali, ecc.) per la fruizione della documentazione affinché fuoriesca dalla sede lavorativa il minor numero di documenti cartacei. Qualora ciò non risulti possibile, sarà cura del dipendente garantire l'integrità della documentazione movimentata, la corretta custodia, la tutela e la riservatezza dei dati ivi contenuti.

Restano ferme le disposizioni in materia di responsabilità, infrazioni e sanzioni contemplate dalle leggi, dal contratto collettivo e dal Codice di comportamento, che trovano applicazione anche nei confronti del lavoratore agile.

Orario di lavoro e diritto alla disconnessione (art. 79 CCNL 2019-2021)

Nelle giornate in cui si svolge la prestazione lavorativa in modalità agile, il dipendente dovrà far rilevare lo svolgimento delle attività attraverso l'inserimento sul portale Irisweb dell'apposito giustificativo definito dall'Amministrazione. Il dipendente svolgerà la propria attività con le caratteristiche di flessibilità proprie del lavoro agile e senza vincoli di orario fatto salvo quanto previsto al punto successivo.

Il dipendente dovrà svolgere la prestazione lavorativa nella fascia oraria 7.40 - 18,30 con diritto alla disconnessione dalle 18,30 - 7.30 (tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art.43 comma 5 a cui il lavoratore è tenuto, nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22,00 e le ore 6,00 del giorno successivo) oltre al sabato, domenica e festivi. Dovrà garantire la contattabilità telefonica, o in alternativa tramite sistemi di teleconferenza (anche solo audio) e per email da parte del dirigente, i colleghi e gli utenti nella fascia 08.30-13.30, e nei giorni di rientro pomeridiano dalle 15 alle 18,00.

Nell'ambito delle fasce di contattabilità il dirigente organizza eventuali riunioni in teleconferenza.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa i tempi di riposo del lavoratore comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza;

Durante le giornate in modalità agile:

- è esclusa la possibilità di accumulare eccedenza oraria e di svolgere prestazioni di lavoro straordinario;
- Il dipendente qualora dovesse interrompere la giornata di lavoro agile per sopraggiunti e imprevisi motivi personali, dovrà darne immediata comunicazione al proprio responsabile.

In ogni caso, le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sull'prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione devono essere esercitate nel rispetto di quanto disposto dall'art.4 della legge 20 maggio 1970 n. 300 e s.m. e i..

Sicurezza sul lavoro

L'Amministrazione garantisce, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, la salute e la sicurezza del dipendente in coerenza con l'esercizio flessibile dell'attività di lavoro.

A tal fine, l'Amministrazione fornisce un'informativa scritta (allegata al presente contratto individuale), contenente l'indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, nonché indicazioni in materia di requisiti minimi di sicurezza, alle quali il dipendente è chiamato ad attenersi al fine di operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

Il dipendente si obbliga a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e

sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa della negligenza del dipendente nella scelta di un luogo non compatibile con quanto indicato nell'informativa.

Recesso e risoluzione

Richiamato l'art. 19 della L. 22.05.2017 n. 81 al quale si fa espresso rinvio, considerato che il lavoro agile potrà essere svolto solo quando tale modalità lavorativa consenta il mantenimento del medesimo livello qualitativo di prestazione e di risultati che si sarebbero conseguiti presso la sede di servizio, il datore di lavoro può recedere dall'accordo individuale di lavoro agile in qualunque momento, dando almeno 15 giorni di preavviso;

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere prima della scadenza del termine nel caso di accordo a tempo determinato, o senza preavviso nel caso di accordo a tempo indeterminato.

Trattamento giuridico ed economico

L'Amministrazione garantisce che il dipendente che si avvale delle modalità di lavoro agile non subisca penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera. L'assegnazione del dipendente al progetto di lavoro agile non incide sulla natura giuridica del rapporto di lavoro, né sul trattamento economico in godimento, salvo quanto previsto dal punto

La prestazione lavorativa resa con la modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso le sedi abituali ed è considerata utile ai fini degli istituti di carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli

istituti relativi al trattamento economico accessorio.

Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive, protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive. Resta inalterata la disciplina del congedo ordinario, delle assenze per malattia, della maternità e paternità, delle aspettative e di ogni altro istituto previsto dal vigente contratto collettivo di lavoro e da specifiche disposizioni di legge, per quanto compatibile con la disciplina di tali modalità lavorative ai sensi del CCLL 2019-2021 del personale del comparto della sanità.

Potere direttivo, di controllo e disciplinare

La modalità del lavoro agile non modifica il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali.

Il potere di controllo sulla prestazione in modalità agile si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti. Tra dipendente e dirigente responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili.

Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile il comportamento del dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede, nel rispetto dei CCNL vigenti e di quanto previsto dal Codice di Comportamento dell'Istituto.

Disposizioni finali

Il lavoratore in modalità agile è tenuto a rivolgersi al suo Responsabile e/o agli uffici competenti per ogni dubbio o problema insorto o qualora ne ravvisi la necessità. Per quanto non previsto e/o non espressamente disciplinato nel presente accordo individuale si rinvia alla L. 22.05.2017, n. 81 e al CCNL 2019-2021 del personale del comparto della sanità.

Ad integrazione di quanto sopra descritto e per completezza della materia, è utile citare la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 che, in adeguamento all'evoluzione del contesto sanitario, ha previsto per il "lavoratori fragili" quanto segue: *"...Il quadro odierno, connotato dall'ormai superata contingenza pandemica (dichiarata conclusa dall'Organizzazione mondiale della sanità in data 5 maggio 2023), da una disciplina contrattuale collettiva ormai consolidata e dalla padronanza, da parte delle amministrazioni, dello strumento del lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività ed alle esigenze dei lavoratori, ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile per i lavoratori che – solo nel contesto pandemico – sono stati individuati quali destinatari di una specifica tutela. A tal proposito, ed allo scopo di sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, degli strumenti di flessibilità che la disciplina di settore – ivi inclusa quella negoziale – già consente, si ritiene necessario evidenziare la necessità di garantire, ai lavoratori*

che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza. Nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna amministrazione sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali, che vadano nel senso sopra indicato."

3.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è stato adottato con determina del Direttore Generale n. 942 del 29/12/2023 e coerentemente richiamato nel bilancio di previsione pluriennale 2024-2026 (det. D.G. n. 944 del 29/12/2023).

Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) fa riferimento esclusivamente al personale dipendente ed evidenzia e formalizza il fabbisogno di personale necessario per garantire la funzionalità a regime dell'organizzazione "aziendale" come configurata nel Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance.

Il Piano del fabbisogno di personale, periodo 2024-2026, è formato dal prospetto n. 1 (singolarmente compilato per ciascuno dei tre anni di programmazione), dal prospetto n. 2 (di quadratura contabile con i dati economici) e dalla tabella n. 3 (sezione specifica per la Ricerca ex L. n. 205/2017).

Le fonti di finanziamento, sommariamente, appartengono a tre tipologie:

1. Il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale;
2. Il finanziamento – contributo RAS per le finalità di cui alla L.R. n. 12/2008, tenuto conto della deliberazione della G.R. n. 23/38 del 2021;
3. Il finanziamento della Ricerca ai sensi dell'art. 1, comma 424, della legge n. 205/2017

Nella predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP), esclusivamente con riferimento al personale imputato al finanziamento vincolato del Fondo sanitario nazionale (fonte del primo tipo), si deve tener conto del vincolo economico di cui all'art. 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (e successive modificazioni e integrazioni), che stabilisce che: *gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%*. Dentro tale perimetro economico, che contiene anche i valori generati dalle cessazioni presunte nell'anno in considerazione, il PTFP viene predisposto e aggiornato annualmente come allegato dei documenti di programmazione dell'Istituto (bilanci economici annuali e pluriennali di previsione) tenuto conto:

- della coerenza con l'"atto aziendale", ovvero il Regolamento per l'ordinamento interno

dei servizi;

- della necessità di garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie secondo i criteri della qualità, e della organizzazione territoriale dei medesimi servizi, come previsto nel Regolamento "Manuale della qualità" approvato con determina n. 344 del 2.07.2010;
- della programmazione pluriennale delle attività come prevista nei Piani nazionali adottati dal Ministero della salute in materia di Sanità animale, Sicurezza alimentare (piani di controllo ufficiale e LEA), nel Piano regionale integrato dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare e nel Piano regionale di prevenzione;
- della necessaria coerenza della programmazione pluriennale delle attività con la pianificazione della "performance", come risultante dal Piano performance;
- dei compiti istituzionali dell'Istituto in termini di obiettivi e professionalità necessarie.

Ai sensi dell'art. 1, commi 2 e 4, lettere a) e d), del D. Lgs. 30 giugno 1993, n. 270, l'Istituto svolge, inoltre, attività di ricerca scientifica sperimentale di base e finalizzata, per lo sviluppo delle conoscenze in materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti, sia di origine animale che, ai sensi del decreto ministeriale 27 febbraio 2008, di origine vegetale non trasformati. La ricerca scientifica e sperimentale rientra, pertanto, tra i compiti istituzionali in capo all'Istituto che ha il compito di organizzarla e svilupparla nel rispetto degli indirizzi e dei programmi disposti dal Ministero della salute. La legge 27 dicembre 2017, n. 205 (bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018), art. 1, commi da 422 a 434, al fine di garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria, parte integrante del servizio sanitario nazionale, e di consentire un'organica disciplina dei rapporti di lavoro del personale della ricercasanitaria, ha istituito un apposito ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla stessa. L'art. 1, comma 423 della citata legge 205/2017, in particolare, dispone che " Gli atti aziendali di organizzazione degli Istituti prevedono, nell'ambito delle vigenti dotazioni organiche senza nuovi o maggiori oneri, una specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca ...". Nel PTFP 2024-2026 (tabella n. 3 della determina del Direttore Generale) si rileva anche la "specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca", indicando il fabbisogno del personale segnatamente riferito ai profili professionali necessari per i progetti e programmi di ricerca sviluppati negli ultimi anni.

Tabella 36: PTFP 2024 - 2026

Prospetto n.1 - PTFP personale dipendente					
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026					
ANNO 2024					
Profilo Professionale / Disciplina	Dotazione Organica	Posti Coperti al 1/1	Cessazioni x anzianità se non modificano il requisito "età"	Assunzioni	Posti coperti al 31/12
Ruolo Amministrativo					
Comparto					
Coadiutore Amministrativo - B	5	4	0	0	4
Coadiutore Amministrativo Esperto - BS	15	14	2	2	14
Assistente Amministrativo - C	17	15	1	2	16
Collaboratore Amministrativo professionale - D + Ds	17	14	1	3	16
Dirigente Amministrativo	5	5	0	0	5
Totale Ruolo Amministrativo	59	52	4	7	55
Ruolo Professionale					
Comparto					
Dirigenza					
Dirigente Ingegnere	1	1	0	0	1
Totale Ruolo Professionale	1	1	0	0	1
Ruolo Tecnico					
Comparto					
Operatore tecnico - B	4	4	0	0	4
Operatore tecnico Specializzato - BS	45	43	0	1	44
Programmatore - C	12	12	0	0	12
Assistente Tecnico - C	21	16	0	5	21
Collaboratore tecnico professionale - D + Ds	18	15	1	2	16
Dirigenza					
Dirigente Analista	2	1	0	1	2
Totale Ruolo Tecnico	102	91	1	9	99
Ruolo Sanitario					
Comparto					
Collab. Prof. Sanitario Assistente sanitario - D "Tecnico della	1	0	0	1	1
Collab. Prof. Sanitario Tec. Sanit. Di Laboratorio Biomedico - D	68	57	1	9	65
Dirigenza sanitaria non medica					
Dirigente biologo	7	6	3	3	6
Dirigente chimico	3	2	1	1	2
Dirigenza medica e veterinaria					
Dirigente Veterinario	28	23	1	6	28
Totale Ruolo sanitario	107	88	6	20	102
Personale Complessivo					
Totale Comparto	223	194	6	25	213
Totale Dirigenza	46	38	5	11	44
Totale Complessivo Personale Dipendente	269	232	11	36	257

3.4.1 Formazione del personale

La formazione rappresenta una area strategica dell'Istituto la cui mission è quella di promuovere, potenziare e sviluppare le competenze professionali del personale interno ed esterno all'Ente, con particolare riferimento a quello che opera nel Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Il sistema di formazione continua in medicina, dedicato agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale - derivante dall'applicazione degli Accordi tra Governo e le Regioni del 1° agosto 2007, 5 novembre 2009, aprile 2012 e 2 febbraio 2017 - pone come fondamento l'impegno di promuovere lo sviluppo dei professionisti sanitari in termini di una ricaduta sulla qualità e sull'innovazione dei servizi erogati dal SSN.

Dalla necessità di sviluppare un sistema integrato tra il livello nazionale e regionale, basato su regole comuni e condivise per garantire omogeneità sul territorio nazionale, si è creato un modello di "governance" che connota, nel sistema organizzato che è il Provider, ruoli, responsabilità e campi d'azione, nel rispetto delle esigenze dei professionisti e degli ordini professionali.

La Formazione continua è un requisito essenziale per il corretto esercizio professionale, finalizzato al mantenimento nel tempo dell'abilitazione all'esercizio professionale di ciascun operatore sanitario; in quanto tale, è necessariamente obbligatoria per tutti i professionisti e viene attuata dal provider con regole e garanzie uniformi su tutto il territorio nazionale ed in tutti i paesi dell'Unione europea (delibera della CNFC in materia di crediti formativi nel triennio 2017-2019). L'Istituto è Provider accreditato dal 13/08/2014. L'accreditamento riconosce all'Istituto oltre al solido impianto strutturale ed economico anche i requisiti di qualità, trasparenza e indipendenza delle attività formative erogate.

Il Piano Formativo Aziendale è il documento di programmazione annuale del Provider che raccoglie e sintetizza le attività formative da erogare, le figure coinvolte, le risorse per l'attuazione. Il documento viene elaborato secondo le linee guida prodotte dall'Ente Accreditante (RAS) ed in linea con le direttrici del presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Il Piano Formativo Aziendale 2024 è stato approvato con Determina del Direttore Generale n. 935 del 21/12/2023 e pubblicato sul sito dell'Istituto.

Analisi dell'attività svolta nel 2023

L'attività svolta nel 2023 è stata effettuata nel rispetto del PFA 2023 approvato con determina N. 1050 del 23/12/2022. Sono state attuate attività formative in modalità residenziale e FAD sia per il personale interno che per quello del SSR. Le attività hanno riguardato tutte le aree del Piano: Qualità, Sicurezza sui luoghi di lavoro, Normativa comunitaria, Nazionale e Regionale sui temi previsti nel PSN e PSR, Ricerca; molte attività sono state organizzate in modalità extra piano quando si sono verificate emergenze sanitarie. Numerose attività formative sono state realizzate in collaborazione con altri Enti (Ministero della Salute, RAS, UNISS, Laore, Ordini professionali).

Quadro riassuntivo dell'attività svolta nel 2023

Tabella 37: Quadro riassuntivo attività 2023

N. EV.	TITOLO CORSO	TIPOLOGIA	ED	DATA INIZIO	DATA FINE	DURATA ORE	CREDITI	NUM. PART.
1	SISTEMA CLASSYFARM: L'APPLICAZIONE DELLA CHECK LIST - AUTOCONTROLLO AZIENDALE PER LA VALUTAZIONE DEL BENESSERE NEGLI OVINI DA LATTE	E-LEARNING CON STRUMENTI INFORMATICI	1	18/02/2023	31/12/2023	5	6	Al 20/12/23 189 iscritti
2	CORSO BASE PER RLS	FAD SINCRONA C/O ALTRO EROGATORE	1	21-23-27 02/2023 3/03/2023	21-23-27 02/2023 3/03/2023	32	NON ACCR	4
3	L'OFFICE TRAINING PER LE SEGRETERIE DI DIREZIONE	RES	1	03/03/2023	10/03/2023	15	NON ACCR	11
4	TARATURE E GESTIONE DEGLI STRUMENTI	RES	1	04/04/2023	06/04/2023	18	NON ACCR	4
5	VAIOLO ED ECTIMA CONTAGIOSO DEGLI OVICAPRINI: MALATTIE ANTICHE DA NON DIMENTICARE	RES	1	05/04/2023	05/04/2023	4	4	96
6	LA NUOVA ISO/IEC 17025: LE NOVITÀ DELLA REVISIONE E LE MODALITÀ DI ADEGUAMENTO NEI LABORATORI DI PROVA	RES	2	13/04/2023 14/04/2023	13/04/2023 14/04/2023	8	8	35 20
7	TUTTO SULLA GESTIONE, FORMAZIONE E CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI LINEE GUIDA AGID: AZIONI E ADEMPIMENTI DAL 1° GENNAIO 2022	FAD SINCRONA C/O ALTRO EROGATORE	1	18/04/2023	19/04/2023	6	NON ACCR	
8	ORGANI COLLEGIALI IN PRESENZA, A DISTANZA E MISTI	FAD SINCRONA	1	15/05/2023	15/05/2023	4	4	4
9	LE NOVITÀ DEL PIANO REGIONALE ALIMENTAZIONE ANIMALE. EDIZIONE 2023	FAD SINCRONA	1	18/05/2023	18/05/2023	4	6	102
10	GESTIONE DELLE TARATURE DI STRUMENTAZIONE ANALITICA COMPLESSA CON MODELLI LINEARE SEMPLICE, LINEARE PESATA DI SECONDO GRADO, METODO DELLE AGGIUNTE. VERIFICA LINEARITÀ E CALCOLO DELL'INCERTEZZA DI TARATURA	RES	1	23/05/2023	23/05/2023	8	NON ACCR	16
11	INCONTRO SULLE MASTITI BATTERICHE DEI PICCOLI RUMINANTI	RES	1	23/05/2023	23/05/2023	2	NON ACCR	9
12	ZOONOSI DEGLI OVINI E CAPRINI DELLA SARDEGNA. NUOVI ORIZZONTI CON LA VISIONE ONE HEALTH	RES	1	25/05/2023	25/05/2023	4	4	66
13	SEMINARIO DI PARASSITOLOGIA DEI PICCOLI RUMINANTI	RES	1	12/06/23	12/06/23	4	NON ACCR	30
14	CONVEGNO "IL RUOLO DEI CACCIATORI NEL CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI"	RES	1	17/06/23	17/06/2023	2	NON ACCR	50
15	AGGIORNAMENTI DI BIOLOGIA MOLECOLARE: NUOVE METODICHE, AMBITI DI APPLICAZIONE E INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI	RES	1	21/06/2023	21/06/2023	4	5,2	25
16	ZOONOSI DEGLI OVINI E CAPRINI DELLA SARDEGNA. NUOVI ORIZZONTI CON LA VISIONE ONE HEALTH	FAD	1	27/06/2023	27/06/2023	4	NON ACCR	55
17	LE VERIFICHE DELL'AUTORITÀ COMPETENTE PER LA TUTELA DEI SOGGETTI ALLERGICI E CELIACI NELLA RISTORAZIONE COLLETTIVA E LA GESTIONE DELLO SPRECO ALIMENTARE	RES	4	27/06/2023 28/06/2023 26/09/2023 27/09/2023	27/06/2023 28/06/2023 26/09/2023 27/09/2023	7	7,6	27 28 16 15

18	INCONTRO SULLE MASTITI BATTERICHE DEI PICCOLI RUMINANTI - ED NUORO	RES	1	28/06/2023	28/06/2023	3	NON ACCR	8
N. EV.	TITOLO CORSO	TIPOLOGIA	ED	DATA INIZO	DATA FINE	DURATA ORE	CREDITI	NUM. PART.
19	14° CONVEGNO SULLA RICERCA ALL'IZS	RES	1	30/06/2023	30/06/2023	6	1,8	93
20	L'ANTIBIOTICO RESISTENZA: UN PROBLEMA TRASVERSALE DI SANITÀ PUBBLICA	RES	1	05/07/2023	05/07/2023	4	4	26
21	PATOLOGIE VEICOLATE DA ARTROPODI VETTORI	RES	1	14/07/2023	14/07/2023	3	3	90
22	HORIZON EUROPE: CLUSTER 6, PROGETTAZIONE E RENDICONTAZIONE	RES	1	21/09/2023	22/09/2023	14	14	31
23	IL NUOVO QUADRO GIURIDICO DEI CONTROLLI UFFICIALI SUGLI ALIMENTI: ASPETTI APPLICATIVI	RES	1	25/09/2023	25/09/2023	4	4	104
24	FONDAMENTI PRATICI DI GESTIONE DELL'ANALISI DEL RISCHIO IN UN LABORATORIO DI PROVA	RES	3	03/10/2023 04/10/2023 19/12/2023	17/10/2023 17/10/2023 20/12/2023	12	17,4	22 19 24
25	PIAO: COME INTERGRARE PERFORMANCE, FABBISOGNI DEL PERSONALE, PARITA DI GENERE, LAVORO AGILE, ANTICORRUZIONE, ALLA LUCE DEL PNA 2023 2025	FAD SINCRONA C/O ALTRO EROGATORE	1	9/3/2023	9/3/2023	4	NON ACCR	15
26	SISTEMA CLASSYFARM: L'APPLICAZIONE DELLA CHECK LIST - AUTOCONTROLLO AZIENDALE PER LA VALUTAZIONE DEL BENESSERE NEGLI OVINI DA LATTE PARTE PRATICA	RES	4	26/10/2023 16/11/2023 30/11/2023 14/12/2023	27/10/2023 17/11/2023 01/12/2023 15/12/2023	6	NON ACCR	8 6 8 12
27	PRINCIPI FONDAMENTALI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN ADEMPIMENTO ALLA NORMATIVA EUROPEA E NAZIONALE	RES	6	18/10/2023 19/10/2023 25/10/2023 08/11/2023 15/11/2023 22/11/2023	18/10/2023 19/10/2023 25/10/2023 08/11/2023 15/11/2023 22/11/2023	7	7	45 48 45 58 33 33
28	PIANO D'AZIONE NAZIONALE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPLICAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 122/2011 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 146/2001 SULLA PREVENZIONE DEL TAGLIO DELLA CODA	FAD	1	09/11/2023	09/11/2023	4	6	80
29	MEDICINA FORENSE VETERINARIA: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA LOTTA CONTRO I CRIMINI VERSO GLI ANIMALI	RES	1	10/11/2023	10/11/2023	7	2,1	200
30	GESTIONE SANITARIA DELLE ENTERITI NEONATALI DEL VITELLO NELL'ALLEVAMENTO DELLE BOVINE DA LATTE	RES	1	14/11/2023	14/11/2023	5	4	30
31	PRINCIPALI TEMATICHE SANITARIE E FATTORI DI RISCHIO NELLA FILIERA ELICICOLA	RES	1	24/11/2023	24/11/2023	4	4	50
32	GLI ABORTI NEGLI OVINI E NEI CAPRINI: UNA PROBLEMATICA SEMPRE ATTUALE	RES	1	12/12/2023	12/12/2023	3	NON ACCR	16
33	GESTIONE E CONTROLLO DELLE ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (EST): AGGIORNAMENTI EPIDEMIOLOGICI, DIAGNOSTICI E NORMATIVI	FAD	1	15/12/2023	15/12/2023	4	6	150
34	L'ANTIMICROBICO RESISTENZA E L'APPROCCIO ONE HEALTH: NUOVI SCENARI E STATO DELL' ARTE	FAD	1	19/12/2023	19/12/2023	5	7,5	200

35	CORSO DI BIOINFORMATICA	RES	1	26/09/2023 27/09/2023 28/09/2023	26/09/2023 27/09/2023 28/09/2023	30	NON ACCR	3
36	"SYLLABUS NUOVE COMPETENZE PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI" AVVIO E SVILUPPO DEI PERCORSI FORMATIVI DEL PERSONALE INTERNO PER TRANSIZIONE DIGITALE SU PIATTAFORMA MPA – PROMOSSI DALLA FUNZIONE PUBBLICA -	FAD ASINCRONA	1	ATTIVO FEB 2023		DIFFER. PER CIASCUN PERCORS O	NON ACCR	523 PERCORSI CONCLUSI

CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI ED EVENTI ESTERNI	
REALIZZAZIONE STAND CON PRESENTAZIONE MATERIALE INFORMATIVO SU CAMPAGNA CONTRO LE ARBOVIROSI E ALTRE PATOLOGIE DI INTERESSE VETERINARIO IN OCCASIONE DELLA FIERA DELLA CACCIA E DELLA PESCA ... - MACOMER 16-17-18 GIUGNO 2023	
SVILUPPO DI MATERIALE INFORMATIVO E COMUNICATIVO PER GLI OPERATORI DEL SETTORE ALIMENTARE (OSA + AC + POPOLAZIONE*) SULLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI	
SVILUPPO MATERIALE INFORMATIVO E COMUNICATIVO (TOOLKIT) DI APPROFONDIMENTO SUL TEMA ANTIMICROBICO RESISTENZA E SULL' USO CORRETTO DI ANTIBIOTICI IN AMBITO VETERINARIO (PP 10 - AZIONE TRASVERSALE COMUNICAZIONE)	
PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE RICERCA E INNOVAZIONE 2014-2020 – PRESENTAZIONE PROGETTO HELIXREC EROGATORE	MIUR 13/07/2023
PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO LA NOTTE DEI RICERCATORI – CON UN "LABORATORIO DNA – THE SEQUEL. ESTRAI IL DNA E TROVA IL COLPEVOLE" LA MANIFESTAZIONE DEDICATA ALLA COMUNICAZIONE DELLA SCIENZA "SHARPER NIGHT" 29/09/2023 C/O UNISS	

Obiettivi raggiunti e obiettivi di miglioramento

Il Servizio Formazione deve assicurare all'Ente accreditante la realizzazione di almeno il 50% delle attività programmate ed inserite a sistema (ai sensi dell'Accordo Stato Regione art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281). Nel 2023 il Provider ha attuato oltre l'80% delle attività programmate e numerose attività extra piano.

Tra gli obiettivi di miglioramento c'è la realizzazione di una Academy, che consentirà di ampliare e diversificare l'offerta formativa e posizionare l'Istituto al centro della sanità regionale e nazionale. Il fabbisogno manifestato dagli stakeholder, l'unicità dell'Istituto sul territorio regionale quale punto di raccordo tra il SSN – SSR e servizi territoriali, le competenze interne, la presenza dei ricercatori (c.d. piramide della ricerca) e dei laboratori accreditati nonché la qualifica di provider accreditato ECM hanno spinto la Direzione aziendale a definire ed inserire nel proprio assetto organizzativo l'Academy con l'obiettivo di implementare e migliorare l'offerta formativa anche sviluppando solide partnership con gli stakeholder interessati - Ministero della Salute, Regione, Enti regionali, ordini professionali, ASL, Università.

L'Academy dovrà essere il luogo attraverso il quale l'Istituto rinnoverà progressivamente l'offerta formativa dedicata agli operatori del SSN e agli operatori del settore produttivo mettendo a disposizione le migliori competenze e le buone pratiche della formazione. Verrà favorita ed incentivata l'integrazione interprofessionale, multiprofessionale ma soprattutto interistituzionale necessaria alla gestione di scenari complessi che necessitano di un approccio

condiviso tanto nelle attività operative quanto negli aspetti relazionali, di comunicazione e informazione con ogni tipo di utente.

I contenuti della formazione saranno finalizzati a migliorare e sviluppare le competenze richieste in ogni ambito della Sanità Pubblica e della Ricerca Sanitaria per affrontare le grandi trasformazioni in atto. In questo modo l'Istituto favorirà scelte forti di sviluppo sostenibile sul territorio e di innovazione dei servizi a beneficio dei cittadini e delle comunità locali come definito nel Piano Strategico 2022-2024

Rilevazione dei fabbisogni

Il fabbisogno formativo per l'elaborazione del PFA 2024 è stato rilevato attraverso:

- L'analisi dell'attività svolta dell'anno precedente;
- Lo studio dei documenti di programmazione nazionali (PSN) regionali (PSR);
- L'utilizzo di apposite schede di rilievo del fabbisogno formativo tramesso a tutte le articolazioni aziendali;
- Il rilievo della RAS, Assessorato alla Sanità e degli stakeholder.

Il PFA 2024 costituisce l'offerta formativa dell'Istituto. La proposta di Piano è stata validata dalla Direzione Aziendale, dal Comitato scientifico della formazione, dal Comitato Tecnico dell'Assessorato regionale alla Sanità.

Gli obiettivi del PFA 2024

Sono 38 gli obiettivi che la Commissione Nazionale ha individuato in campo sanitario. Spaziano dalla sicurezza alimentare, ambientale e sui luoghi di lavoro, ad obiettivi più tecnico-specialistici legati alle evidenze (EBM – EBN – EBP), alla epidemiologia e farmaco-economia, allo sviluppo delle competenze specialistiche ed ultra-specialistiche, al management sanitario.

I 38 obiettivi formativi generali si possono raggruppare in tre aree:

- ***Obiettivi formativi tecnico - professionali***, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina;
- ***Obiettivi formativi di processo***, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;
- ***Obiettivi formativi di sistema***, finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si

rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

Programma formativo per l'anno 2024

Sulla base della rilevazione dei fabbisogni formativi, nella tabella che segue sono sintetizzate le aree tematiche del PFA 2024 e gli obiettivi formativi da perseguire .

Formazione manageriale	Formare il personale dirigente per migliorare le capacità manageriali nel nuovo contesto organizzativo
Sicurezza e qualità	Formare il personale in materia di qualità e sicurezza nei luoghi di lavoro
Comunicazione, ricerca, formazione	Formare i ricercatori su metodologie di progettazione
	Formare il personale sui metodi alternativi
	Organizzare corsi e convegni per disseminare i risultati della ricerca
Tecnico Sanitaria	Miglioramento delle competenze tecniche del personale che opera nel SSN: Formare il personale dell'IZS e delle ASSLL e regionale per garantire l'attuazione degli obiettivi Nazionali e regionali in tema di SPV con l'organizzazione di eventi formativi su temi specifici;
	Formare il personale che opera nei laboratori e nei servizi su tematiche di specifica competenza (innovazione tecnologica, procedure, normativa)
Amministrativa	Miglioramento delle competenze del personale amministrativo su tematiche di specifica competenza (innovazione tecnologica, procedure, normativa)
Territorio	Su specifica richiesta regionale formare il personale delle ASL e della Regione e degli ordini professionali su materie di specifico interesse

Monitoraggio e verifica: Monitoraggio della qualità; indicatori

Le rilevazioni statistiche finalizzate al miglioramento dell'offerta formativa effettuate dal Provider sono quelle tese a verificare l'efficacia formativa, la qualità educativa e l'utilità dell'attività formativa per la formazione/aggiornamento specifico.

I responsabili scientifici rilevano, di concerto con le direzioni delle SC aziendali con l'uso degli indicatori previsti nei singoli progetti, la ricaduta (risultato) dell'azione formativa sull'organizzazione e/o il contributo alla risoluzione dei problemi, mediante aggiornamento dell'analisi delle competenze possedute dal personale coinvolto nelle attività formative; la partecipazione alle attività formative programmate rappresenta un indicatore per la valutazione delle performance individuali annuali del personale.

Il Report Annuale della Formazione trasmesso all'Ente Accreditante e ad AGENAS e pubblicato sul sito dell'Istituto (relazione tecnica) rappresenta la fonte informativa utilizzata per il monitoraggio e la verifica del Piano della Formazione. A cadenza annuale la Direzione Generale attraverso il documento di riesame determina l'adeguatezza, la conformità e l'efficacia delle attività svolte dal Provider.

Risorse Economiche per l'attuazione del PFA 2024

Il finanziamento per la realizzazione del PFA deriva dall'1% del monte salari, dalle risorse della ricerca, dal finanziamento Regionale da accordi di collaborazione per lo sviluppo di programmi specifici.

Tabella 38: PFA

Tipologia fondo	1% monte salari	Fondi della ricerca	Finanziamenti regionali*
Consistenza fondo	€ 109.741,41	€ 55.000	da stabilire con contributo RAS e altri programmi regionali
	(dati conto annuale 2023 - redditi 2022)	(dato % sul finanziamento RC 2023)	
Personale beneficiario	Attività	Attività	Attività
Personale a tempo indeterminato	formazione interna e individuale esterna	formazione interna e individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale a tempo determinato	formazione interna e individuale esterna	formazione interna e individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale specialistico	formazione interna di specifica competenza	formazione individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
borsisti	formazione interna di specifica competenza	formazione individuale esterna	formazione interna e individuale esterna
Personale interinale	formazione obbligatoria		

4. MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle precedenti Sottosezioni avverrà secondo quanto previsto dal sistema di riferimento (Performance, Rischi corruttivi e trasparenza, Lavoro agile, Piano triennale dei fabbisogni, Piano delle azioni positive, Formazione) come sopra esposto e a cui si rinvia.

L'Istituto ha previsto inoltre fra le Performance 2024 uno specifico obiettivo sulla rilevazione del grado di soddisfazione utenti.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.