

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Allegati

Immediatamente esecutiva

DELIBERAZIONE N 59 avente ad oggetto: PROVVEDIMENTI FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2024/2026

L'anno duemilaventiquattro addì trentuno del mese di gennaio presso la sede dell'Ente, il Direttore Generale dell'Istituto, Nicola D'Alterio

VISTI:

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502;
- il D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270;
- il D.Lgs. 28 giugno 2012, n. 106 di “Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell’articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183” che, al capo II, reca la nuova disciplina degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e richiamato il relativo articolo 10;
- le L.R. della Regione Abruzzo 21 novembre 2014, n. 41 e 24 marzo 2015, n. 6 e la L.R. della Regione Molise 4 marzo 2015, n. 2, di attuazione del richiamato D. Lgs. 106/2012;
- l’art. 39 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449;
- gli artt. 6, 6 ter e 33 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;

VISTI:

- il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- l’art. 6 del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 che prescrive in capo alle Pubbliche Amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, l’adozione di un Piano integrato di attività e di organizzazione (di seguito “PIAO”) di durata triennale, con aggiornamento annuale e con finalità di «assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare 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»;
- l’art. 7 bis del medesimo Decreto che stabilisce che gli enti del Servizio Sanitario Nazionale adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al richiamato art. 6 nonché ai contenuti del PIAO definiti dal decreto;
- l’intesa intervenuta in sede di Conferenza Unificata nella riunione del 2 dicembre 2021;
- i pareri del Consiglio di Stato espressi nel corso delle adunanze del 17 febbraio e del 26 maggio 2022;
- il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 (entrato in vigore il 15 luglio 2022) recante indicazione degli adempimenti e documenti soppressi a seguito dell’adozione del PIAO in quanto dal medesimo assorbiti:
 - Piano triennale dei fabbisogni del personale, di cui all’art. 6, commi 1, 4, 6, e art. 6-ter, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
 - Piano della performance, di cui all’art. 10, c. 1, lett. a) e c. 1-ter, D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
 - Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui all’art. 1, commi 5, lett. a) e 60, lett. a), legge 6 novembre 2012, n. 190;
 - Piano organizzativo del lavoro agile, di cui all’art. 14, c. 1, legge 7 agosto 2015, n. 124;
 - Piano di azioni positive, di cui all’art. 48, c. 1, D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198;

- Il D.M. datato 30 giugno 2022, n. 132, che definisce i contenuti del PIAO nonché lo schema tipo di documento da adottare;
- la nota circolare del Dipartimento della Funzione pubblica n. 2 del 11 ottobre 2022;

VISTO, in relazione ai contenuti del PIAO riguardanti la performance delle strutture organizzative dell'Ente, il vigente Regolamento interno che disciplina il Sistema di misurazione e valutazione della performance;

DATO ATTO che, in applicazione di quanto stabilito dal suddetto Regolamento, in data 29 gennaio 2024 si è svolta una riunione tra l'Organismo Indipendente di Valutazione e i Direttori Sanitario e Amministrativo finalizzata alla condivisione delle pesature assegnate ai risultati attesi per l'anno 2024;

DATO ATTO inoltre che - in relazione al processo di monitoraggio e di eventuale modifica dei risultati attesi nell'anno 2024 dalle strutture organizzative dell'Ente, tenuto conto della tempistica di approvazione del ciclo della performance per l'anno corrente - sono stabiliti alle date del 31 luglio 2024 e del 16 settembre 2024 i termini rispettivamente di conclusione del monitoraggio e di presentazione di eventuali proposte, adeguatamente motivate, di modifiche al Piano dei risultati anno 2024, secondo le modalità stabilite nel citato Regolamento interno;

RITENUTO, alla luce di tutto quanto sopra richiamato, di dover formalizzare l'allegato schema di Piano Integrato di Attività e di Organizzazione per il triennio 2024 – 2026 (allegato n. 1) predisposto secondo il vigente quadro normativo e di sottoporre lo stesso al Consiglio di Amministrazione dell'Ente per la relativa adozione;

RITENUTO di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile al fine di assicurarne l'adozione con l'immediatezza richiesta dal quadro normativo vigente;

DELIBERA

1. **DARE ATTO** di quanto riportato in premessa che si intende qui integralmente richiamato.
2. **FORMALIZZARE** l'allegato schema di Piano Integrato di Attività e di Organizzazione per il triennio 2024 - 2026 e sottoporre lo stesso al Consiglio di Amministrazione dell'Ente per la relativa adozione.
3. **DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente eseguibile.

Istruttore del Procedimento
Angela Mastroianni

Si attesta la regolarità del procedimento svolto e la correttezza del presente atto

IL DIRIGENTE PROPONENTE

F.to Anna Di Pancrazio

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

IL DIRETTORE GENERALE

F.to Dott. Nicola D'Alterio

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

OGGETTO: PROVVEDIMENTI FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2024/2026

Si esprime parere FAVOREVOLE

Data 30/01/2024

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO.

F.to Lucio Ambrosj

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

OGGETTO: PROVVEDIMENTI FINALIZZATI ALL'ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2024/2026

Si esprime parere FAVOREVOLE

-.

Data 30/01/2024

IL DIRETTORE SANITARIO.

F.to Giacomo Migliorati

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)

IZS

T E R A M O

/

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



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2024/2026

A cura di
Anna Di Pancrazio
Lejla Valerii
Maria Janet Verrocchio
Vanessa Maria Mancini

IZS

T E R A M O
/

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

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024/2026

Indice

| | |
|---|-----------|
| PREMESSA | 4 |
| SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA..... | 6 |
| 1.1 Il Contesto interno | 6 |
| 1.1.1 Le funzioni e i compiti dell'IZS – Teramo | 8 |
| 1.1.2 L'assetto organizzativo..... | 15 |
| 1.1.3 Le risorse economico-patrimoniali | 21 |
| 1.2 Il Contesto esterno | 24 |
| 1.2.1 Il territorio di competenza amministrativa | 24 |
| 1.2.2 Le imprese | 25 |
| 1.3 I portatori di interessi..... | 27 |
| SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE..... | 29 |
| 2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico | 29 |
| 2.2 Sottosezione di programmazione – Performance | 32 |
| 2.2.1 La programmazione annuale | 32 |
| 2.2.2 La Performance organizzativa e individuale | 34 |
| 2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza | 36 |
| 2.3.1 Premessa | 36 |
| 2.3.2 Scopo..... | 36 |
| 2.3.3 Riferimenti normativi | 37 |
| 2.3.4 Termini e definizioni..... | 39 |
| 2.3.5 Contesto dell'organizzazione | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.6 Leadership | 58 |
| 2.3.7 Pianificazione | 62 |
| 2.3.8 Trasparenza | 79 |
| 2.3.9 Obiettivi per la prevenzione della corruzione e pianificazione per il loro raggiungimento | 82 |
| SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE, CAPITALE UMANO | 82 |
| 3.1 Sottosezione di programmazione: Il Fabbisogno del personale..... | 83 |
| 3.1.1 Quadro normativo | 83 |
| 3.1.2 Modalità di redazione..... | 83 |
| 3.1.3 L'IZS–Teramo e il relativo personale | 84 |
| 3.1.4. Programmazione delle assunzioni 2024–2026 | 85 |
| 3.2 Sottosezione di programmazione L'organizzazione del Lavoro Agile | 87 |
| 3.3 Le strategie di formazione del personale..... | 90 |
| 3.4 Il Piano delle Azioni Positive 2022/ 2024..... | 91 |
| SEZIONE 4 – MONITORAGGIO..... | 92 |
| ALLEGATI..... | 93 |
| ALLEGATO 1: Risultati attesi anno 2024 | |
| ALLEGATO 2: Tabella di valutazione del rischio 2024/2026 | |
| ALLEGATO 3: Obblighi di pubblicazione 2024/2026 | |
| ALLEGATO 4: Indici e indicatori del Lavoro Agile | |
| ALLEGATO 5: Piano azioni positive 2022/2024 | |

Premessa

Il **Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2024/2026** è il documento unico di programmazione e controllo che sostituisce e assorbe molti dei Piani in uso, obbligatori per legge: a) Piano triennale dei fabbisogni del personale e Piano delle azioni concrete; b) Piano della Performance, Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza; c) Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e d) Piano di Azioni Positive. I suddetti Piani vengono riferiti alla corrispondente sezione del presente PIAO. In particolare nella Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione troviamo le seguenti sottosezioni di programmazione: Valore Pubblico, Performance e Rischi corruttivi e trasparenza e la Sezione Organizzazione e Capitale umano ripartita nelle sottosezioni: Struttura Organizzativa, Organizzazione del lavoro Agile e Piano triennale sei Fabbisogni.

Il PIAO come strumento unitario, che sostituisce i Piani sopra indicati individuati nelle corrispondenti sezioni del presente documento, per *semplificare* i processi, migliorarne la qualità e *l'integrazione* ha come fine ultimo di orientare tutta la programmazione alla realizzazione dei risultati predefiniti; risultati che devono essere misurati attraverso la misura del benessere dei destinatari dell'azione dell'Ente, ossia la misura di come sono state soddisfatte le aspettative delle persone e come è stato realizzato il **Valore Pubblico**.

Tutti gli obiettivi dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" di Teramo (IZS – Teramo), che è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale, sono ricondotti alle finalità istituzionali e alla mission "Affrontare, le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale- One Health", assicurare la salute animale, umana e ambientale massimizzare il soddisfacimento dei bisogni degli stakeholders dando così al PIAO anche una forte valenza comunicativa.

Il presente Piano è triennale a scorrimento annualmente anche come occasione per aggiornare la programmazione e il Valore Pubblico atteso rispetto al **Piano Strategico** dell'Ente; è stato redatto in applicazione: a) dell'articolo 6 del Decreto Legge del 9 giugno 2021 n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito in Legge n. 113 dell'agosto 2021; b) del D.P.R. del 24 giugno 2022 n.81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", c) del regolamento del Dipartimento Funzione pubblica del 30 giugno 2022, n. 132 che definisce i contenuti e lo schema tipo del PIAO e d) dei PIAO di altri Enti consultabili sul portale PIAO raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>.

Il Piano trova ispirazione nei principi di:

- ✓ **Trasparenza.** Secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 3 del D.Lgs. 150 del 2009 "Le Amministrazioni Pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo della performance"; a tal fine il Piano, a seguito della sua adozione, viene pubblicato sul sito istituzionale dell'IZS nella Amministrazione Trasparente e come sottosezione del PIAO pubblicato sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica al seguente indirizzo <https://piao.dfp.gov.it/plans>.
- ✓ **Verificabilità degli obiettivi.** Gli obiettivi che vengono individuati nel presente Piano sono oggettivamente verificabili e misurabili attraverso una serie di indici e indicatori o una % di raggiungimento dell'obiettivo.

- ✓ **Della chiarezza.** Il Piano viene redatto tenendo conto delle diverse prospettive di lettura dei diversi stakeholders secondo il principio della chiarezza tesa, appunto, a garantire la comprensione agli interlocutori interni ed esterni.
- ✓ **Della coerenza esterna e interna.** I contenuti del Piano sono coerenti con il contesto di riferimento esterno e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali e finanziarie) disponibili. È, inoltre, coerente con le linee delineate nel Piano Strategico dell'Ente:

https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/pdf_publicazioni/Imp_La_strategia_2022-2024_rev16_leggero.pdf

- ✓ **Della partecipazione.** Il processo di costruzione del Piano consegue ad un percorso di condivisione della visione strategica e degli obiettivi operativi con tutti i professionisti (Dirigenza e Comparto) che operano all'interno dell'Ente e con la partecipazione degli stakeholder esterni.

Nel futuro gli sforzi saranno indirizzati ad aumentare la semplificazione degli strumenti di pianificazione e programmazione e nella misurazione della soddisfazione degli stakeholder con indicatori di impatto che tengano conto della soddisfazione dell'utenza.

Sezione 1 – Scheda anagrafica

1.1 Il Contesto interno

Denominazione: Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Abruzzo e del Molise “Giuseppe Caporale”

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



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



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



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



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



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

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

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

Tabella 1. Le sedi dell'IZS - Teramo.

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

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



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

Link

1.1.1 Le funzioni e i compiti dell'IZS – Teramo

L'IZS - Teramo contribuisce al benessere dell'uomo attraverso l'applicazione delle scienze veterinarie utilizzando l'approccio **One Health**. Le funzioni dell'Istituto sono state definite dalle leggi di riordino delle Regioni di competenza (Legge della Regione Molise n. 2 del 04/03/2015 e n. 41 del 29/11/2014 della Regione Abruzzo - così come modificata dalla L.R.A n.6 del 24/03/2015) adottate in applicazione del D. Lgs. n. 106 del 2012 "Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183".

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

Lo statuto dell'IZS - Teramo è disponibile al seguente link:

https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/statutoIZS - TERAMO_regione_abruzzo.pdf

Altre attività

L'IZS - Teramo è editore di **Veterinaria Italiana**, l'unica rivista di Sanità Pubblica veterinaria in Italia, nata nel 1950 con la denominazione Croce Azzurra. È disponibile *online* all'indirizzo [Veterinaria Italiana \(izs.it\)](http://www.izs.it) e indicizzata su tutte le principali piattaforme internazionali. Dal 2011 ha concentrato le forze sulla costruzione e sul consolidamento di indicatori editoriali riconosciuti nella comunità scientifica di riferimento. Oggi si rinnova nella disseminazione scientifica senza perdere il rigore nella selezione dei contenuti e nel processo editoriale.

L'IZS - Teramo cura la pubblicazione trimestrale del Bollettino Epidemiologico Nazionale Veterinario (BENV), disponibile on line all'indirizzo:

https://www.izs.it/BENV_NEW/index.html#servizi .

Il BENV pubblica articoli che si occupano di epidemiologia veterinaria, zoonosi, sicurezza alimentare e malattie infettive animali emergenti. I contenuti sono rivolti a tutti i veterinari, pubblici e privati liberi professionisti, italiani e stranieri, che possono non avere specifiche competenze o conoscenze in epidemiologia e malattie infettive.

Il BENV riporta dati e informazioni sulla situazione epidemiologica delle malattie animali in Italia e nel Mondo, con un occhio di riguardo ai Paesi confinanti o comunque vicini all'Istituto. Per quanto riguarda i dati nazionali, il BENV riporta quanto registrato nel SIMAN (vedi capitolo "Sviluppo e gestione di sistemi di sorveglianza") da parte dei servizi veterinari delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) italiane. I dati dei focolai in Italia sono riportati nel BENV sia sotto forma di tabelle sia di mappe per una loro migliore lettura e visualizzazione.

Una sezione è appositamente dedicata ai dati e alle mappe dei territori ufficialmente indenni da brucellosi bovina e ovi-caprina, tubercolosi bovina e leucosi, aggiornati

sulla base della normativa comunitaria. Dal 2012 il BENV è pubblicato in lingua italiana e in lingua inglese e nel 2022 il BENV è stato interamente rinnovato nella grafica e nell'organizzazione dei contenuti per la visualizzazione ottimale su tutti i dispositivi desktop e mobili.

Il sistema Qualità dei laboratori per l'IZS - Teramo è lo strumento per garantire la competenza del laboratorio e l'affidabilità dei risultati ottenuti dall'esecuzione delle prove. Il sistema di gestione della qualità è un sistema di governo aziendale, che oltre a garantire l'affidabilità dei risultati favorisce la crescita culturale del personale. Inoltre l'attuazione del sistema di gestione della qualità anche attraverso la valutazione dei rischi, garantisce il miglioramento continuo delle prestazioni e dei servizi erogati. Il significato della qualità in IZS - Teramo va, dunque, ben oltre quello, seppur importante, dell'accreditamento: esso ha subito un'evoluzione concettuale e attualmente la qualità è uno strumento per migliorare la qualità dei propri processi e servizi, aumentare la soddisfazione degli stakeholder ed è integrato in tutte le attività dell'Ente essendo attuato da tutto il personale. È da evidenziare che nel mese di luglio 2022 l'Istituto è stato sottoposto, da parte di Accredia, ad una visita ad hoc per attestare le competenze del laboratorio e poter gestire le prove in autonomia, infatti ha superato con successo la visita di valutazione e può gestire in alcune prove in campo chimico con **l'accreditamento flessibile**; ciò ha comportato un ulteriore impegno da parte della Direzione e del Responsabile dell'assicurazione della qualità nella redazione di documentazione specifica e necessaria al conseguimento dell'accreditamento flessibile. La visita di valutazione è stata superata senza che l'ente di accreditamento Accredia abbia segnalato osservazioni o non conformità.

Le attività dell'Istituto sono sottoposte a rigorosi controlli da parte dell'Ente Nazionale di Accreditamento, sin dal 1995, quando, ben tre anni in anticipo sulla data imposta dall'Unione Europea, divenne il primo Ente pubblico veterinario in Italia accreditato in conformità alla norma EN 45001, ora ISO 17025:2018.

Per l'Istituto, particolare importanza riveste la messa a punto di nuovi metodi di prova ed il loro accreditamento, sia per aumentare l'offerta analitica che per soddisfare i bisogni delle autorità competenti e del mondo produttivo. L'accreditamento, infatti, è l'attestazione, da parte di un Ente che agisce quale garante super partes, della competenza, indipendenza ed attualmente anche imparzialità del laboratorio a svolgere le prove. Nel caso della pandemia ha rappresentato una garanzia in più per la garanzia dei risultati ottenuti e la inoppugnabilità dei dati, tutto ciò a maggior garanzia della salute dei cittadini.

Anche la certificazione del **sistema Qualità della formazione**, sia in forma residenziale che in eLearning, che la Progettazione (attività di analisi, preparazione, gestione e rendicontazione di progetti di ricerca) mettono in atto una norma di gestione del processo cioè la ISO 9001:2015 e sono certificate dal TÜV Italia (ente di certificazione) che garantisce la tenuta sotto controllo dell'organizzazione nell'ambito del Reparto formazione e Progettazione al fine di garantire una elevata offerta di servizio nazionale e internazionale.

L'Istituto, sin dal 2015, per la sede Centrale e le sedi operative di c.da Colleaterrato (in sostituzione della sede di c.da Gattia) nel Comune di Teramo, e le sezioni di Avezzano, Lanciano, Isernia e Termoli, ha ottenuto la certificazione del **Sistema di Gestione Ambientale** ai sensi della Norma UNI EN ISO14001:2015.

La certificazione ambientale (settore EA34 e 35) è applicata all'ambito di tutela della Sanità animale e sanità pubblica veterinaria, attraverso l'erogazione di servizi di natura laboratoristica su matrici di origine vegetale, animale ed ambientale, e garantisce il controllo delle attività del processo produttivo, delle emissioni in atmosfera, del rumore, degli scarichi idrici nonché della corretta gestione dei rifiuti, a tutela dell'ambiente e delle prossime generazioni

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

Nei primi mesi del 2023 l'IZS – Teramo ha concluso con successo il percorso di certificazione del sistema secondo la ISO 37001:2016 **per la prevenzione della corruzione** allo scopo di pianificare, attuare, mantenere e migliorare le attività svolte nell'ottica della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Centri di Eccellenza

Le competenze specialistiche dell'Istituto sono riconosciute dal Ministero della Salute con la designazione di Centri di Referenza Nazionale (CRN) e Laboratori Nazionali di Riferimento (LNR). Essi rappresentano uno **strumento operativo di elevata competenza nei settori della sanità animale, dell'igiene degli alimenti e dell'igiene zootecnica**. Sono responsabili dell'uso corretto da parte dei laboratori ufficiali dei metodi stabiliti nei regolamenti della Commissione europea, permettendo di giungere a risultati solidi, affidabili e comparabili. Si tratta di veri e propri Centri di eccellenza per l'intero sistema sanitario nazionale e per le Organizzazioni internazionali con le quali collaborano.

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

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

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

Il Ministero della Salute ha conferito all'Istituto i seguenti centri e laboratori nazionali di riferimento:

Centro di Referenza Nazionale per:

- lo studio e l'accertamento delle Malattie Esotiche degli animali (CESME);
- l'Epidemiologia veterinaria, la programmazione, l'informazione e l'analisi del rischio (COVEPI);

- le Brucellosi;
- l'Igiene urbana veterinaria e le emergenze non epidemiche (IUVENE);
- le Sequenze Genomiche di microrganismi patogeni: banca dati e analisi di bioinformatica.

Laboratorio Nazionale di Riferimento per:

- il *Campylobacter*;
- la *Listeria monocytogenes*;
- gli Inquinanti organici persistenti alogenati nei mangimi e negli alimenti;
- le Brucellosi;
- la febbre catarrale degli ovini (Bluetongue);
- la Peste equina;
- la Peste dei Piccoli Ruminanti;
- il Capripox Viruses (Sheep & Goat Pox and Lumpy Skin Disease).

Va inoltre menzionato il **Centro Servizi Nazionale (CSN)** che è un organo tecnico del Ministero della Salute, istituito con il compito di progettare, realizzare e gestire la Banca Dati Nazionale (BDN) informatizzata dell'Anagrafe Zootecnica.

Le Regioni Abruzzo e Molise negli anni hanno assegnato all'IZS - Teramo le seguenti funzioni:

Regione Abruzzo

- Centro di Educazione Ambientale della Regione Abruzzo;
- Osservatorio Epidemiologico Veterinario della Regione Abruzzo (O.E.V.R.A.);
- Laboratorio Regionale di Riferimento per gli Enterobatteri Patogeni;
- Laboratorio Regionale di Riferimento per la sorveglianza umana, entomologica e veterinaria delle Arbovirosi.

A Gennaio 2023 l'Istituto ha sottoscritto una convenzione con la Regione Abruzzo per "L'effettuazione di analisi, prove e diagnosi di laboratorio di competenza del servizio fitosanitario regionale".

Regione Molise

- Centro Sperimentale Regionale per la Pesca ed Acquacoltura.

A livello internazionale, l'Istituto ricopre i seguenti ruoli:

Centro di Collaborazione WOAAH per:

- la Sicurezza alimentare e la produzione animale (*Animal Production Food Safety*);
- il Benessere animale (*Animal welfare*), in collaborazione con il "Department of Animal Environment and Health – Svezia;
- l'Epidemiologia, la modellazione e la sorveglianza (*Epidemiology, modelling and surveillance*);
- la Formazione veterinaria e *capacity building*

Laboratorio di Referenza WOAAH per

- le Brucellosi (*Brucella abortus*, *Brucella melitensis*, *Brucella suis* e *Brucella ovis*);

- la Pleuropolmonite Contagiosa Bovina;
- la Bluetongue;
- la West Nile Disease;

Centro di Referenza FAO per:

- l'Epidemiologia veterinaria;
- i Coronavirus Zoonotici;
- la Salute Animale e la Sicurezza Alimentare (diviso in sei aree tecniche, di cui quattro sono state assegnate all'IZS Teramo: Brucellosi, Lumpy Skin Disease, Veterinary Database e Benessere Animale).

In evidenza

Centro di Referenza dell'Unione Europea per il benessere dei ruminanti e degli equidi

Si evidenzia che - con Decisione di Esecuzione (Ue) 2021/755 della Commissione del 6 maggio 2021 - è stato designato il Centro di Riferimento dell'Unione Europea per il benessere di ruminanti ed equini (EURCAW R&E) conformemente al Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio, le cui attività hanno preso formalmente avvio il 1° giugno 2021. Il consorzio, designato come EURCAW R&E, è guidato dall'Università Svedese delle Scienze Agricole e vede l'Istituto - in rappresentanza dell'Italia - come uno dei suoi componenti, unitamente all'Università delle Risorse Naturali e delle Scienze Biologiche (Austria), dall'Ellinikos Georgikos Organismos-Dimitra/Istituto di ricerca veterinaria (Grecia), dall'Istituto nazionale per l'agricoltura, l'alimentazione e l'ambiente (Francia) e dallo University College di Dublino (Irlanda). L'Istituto partecipa con i propri esperti a tutte le attività del Centro e, in particolare, ne coordina tutte le attività di formazione. Rappresentando il sistema paese, collabora stabilmente con il Centro di Referenza Nazionale per il Benessere Animale (CRENBA) e il Centro di referenza Nazionale sull'igiene e le tecnologie dell'allevamento e delle produzioni bufaline (CRENBUF) al perseguimento delle finalità del Centro. Partecipa altresì alle attività di coordinamento dei European Union Reference Centre for Animal Welfare - ruminants and equines.

Laboratorio di Riferimento dell'Unione Europea (EURL) per la Rift Valley Fever.

Nel febbraio 2022, il Ministero della Salute italiano ha presentato la candidatura dell'IZS - Teramo a, in risposta al bando di selezione internazionale a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Stati membri della UE. La Rift Valley Fever, o Febbre della Valle del Rift, è una importante zoonosi trasmessa da zanzare che colpisce alcuni animali (come bufali, cammelli, bovini, capre e pecore) e l'uomo.

A tutt'oggi la Rift Valley Fever non è mai stata rilevata in Europa, anche se il suo raggio d'azione si sta allargando e bisogna tenere alta l'attenzione. A causa dei cambiamenti climatici, l'habitat naturale di alcune specie di zanzare in grado di trasmettere il virus si sta tuttavia espandendo e la globalizzazione potrebbe portare insetti in effetti in aree dove non sta circolando il virus. Le attività dell'EURL hanno preso avvio il 1° gennaio 2013.

Nel corso di un anno, circa, l'Istituto si è aggiudicato un Centro di Riferimento e un Laboratorio di Riferimento dell'Unione Europea, distinguendosi come l'unico tra gli istituti a vantare due simili riconoscimenti.

In concreto, le attività dei suddetti centri e laboratori sono state rivolte principalmente nelle attività di seguito specificate.

Ricerca

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

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

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

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

Attività di consulenza

La partecipazione a gruppi di lavoro, il numero di pareri emanati, il numero di linee guida a valenza regionale, nazionale e internazionale redatte, il numero di sistemi informativi prodotti costituiscono attività di consulenza dell'Ente. Il personale

dell'Istituto partecipa annualmente a circa 180 eventi: per la Sicurezza Alimentare, per la Sanità Animale e per altri settori.

Prove interlaboratorio e intralaboratorio

Rappresentano uno strumento efficace per valutare e monitorare nel tempo la competenza tecnica del laboratorio. Le analisi, prove e diagnosi sono eseguite in accordo a protocolli accettati internazionalmente al fine di garantire risultati affidabili e riproducibili. Oltre a partecipare alle prove interlaboratorio, i laboratori nazionali di riferimento dell'Istituto organizzano e gestiscono prove interlaboratorio a beneficio della rete nazionale dei laboratori ufficiali. I risultati delle prove vengono discussi con i partecipanti nell'ambito di incontri tecnico-scientifici, organizzati con frequenza annuale, al fine di migliorare e armonizzare le prestazioni di analisi e diagnosi dei controlli ufficiali. Nel corso di tali incontri vengono inoltre disseminate e condivise le informazioni ricevute da organismi/organizzazioni europee ed internazionali. Nel 2023 l'Istituto ha partecipato ad 88 circuiti interlaboratorio e intralaboratorio di cui 34 organizzati dall'Istituto per 624 distribuzioni. Nell'anno il 98,29% dei circuiti eseguiti hanno ottenuto un esito favorevole a garanzia della qualità dell'offerta analitica e diagnostica dell'Istituto.

Le attività svolte annualmente dall'IZS- Teramo sono rendicontate nella Relazione sulla Performance, disponibile al seguente indirizzo:

https://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/opencms/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_abruzzo/_istituto_zooprofilattico_sperimentale_dell_abruzzo_e_del_molise_giuseppe_caporale/060_perf/020_rel_per/

I sistemi informativi dei servizi veterinari

L'IZS – Teramo sviluppa e gestisce sistemi informativi sia per i clienti esterni (quando sono rivolti a specifiche esigenze informative del livello regionale, centrale o internazionale) che per quelli interni (se sono di supporto alle aree di attività interne: Amministrazione, Laboratori, Produzioni di diagnostici, Formazione, Progettazione e Controllo di Gestione).

Sul finire del secolo scorso il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto l'Anagrafe degli animali zootecnici (BDN) che nel tempo si è sempre più ampliata tanto che recentemente si è estesa agli animali da compagnia, ai sistemi informativi veterinari che gestiscono le attività di controllo e ispezione, e integrano le risultanze dei relativi accertamenti e le conseguenti indagini epidemiologiche e al sistema informativo per la farmacovigilanza e la ricetta elettronica veterinaria (REV).

Per la Regione Abruzzo l'IZS-Teramo gestisce il Sistema Informativo Veterinario (SIVRA), in base a quanto stabilito dal D.G.R. n. 429 del 01.08.2017, e, come previsto nel protocollo di intesa, ne assicura, sulla base di una programmazione annuale, l'organizzazione e l'armonizzazione ai sistemi informativi veterinari nazionali. In tale ambito è stata realizzata l'integrazione tra il SIVRA ed il Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare (SINVA). Attraverso il portale SIVRA è possibile accedere al Sistema informativo regionale per l'anagrafe degli animali d'affezione ed a diversi sistemi informativi, di recente realizzazione per gli usi e risorse del mare, per il monitoraggio delle acque superficiali, per la fauna selvatica, per la sorveglianza entomologica e per il registro tumori degli animali. Inoltre per la Regione è stata sviluppata la piattaforma informatica per la gestione delle sequenze genomiche di SARS-CoV-2.

1.1.2 L'assetto organizzativo

Il D. Lgs. n. 106 del 28 giugno 2012 ha previsto la riorganizzazione degli Enti vigilati dal Ministero della Salute. A tal fine, le Regioni Abruzzo e Molise hanno approvato il riordino dell'IZS - Teramo "G. Caporale" con la Legge Regione Abruzzo n. 41 del 2014, la Legge Regione Molise n. 2 del 2015 e la Legge Regione Abruzzo n. 6 del 2015. L'attuale modello della struttura dell'IZS - Teramo è di tipo verticistico ed è stata disegnata secondo i suddetti dettati normativi, si sviluppa attraverso le Strutture Complesse denominate anche "Laboratori" e le Strutture Semplici denominate anche "Reparti e Unità Operative", che si affiancano a "Centri Specialistici" caratterizzati da indicazioni di responsabilità trasversale. I Centri Specialistici originano dalla complessa natura della ricerca scientifica e sono caratterizzati da una fitta relazione di interscambio di funzioni, costituzione di gruppi di lavoro ad hoc, compiti e decisioni che rispecchiano una struttura a rete di tipo matriciale pur in presenza di organi direttivi e di coordinamento. Nel regolamento per l'Ordinamento degli Uffici e dei Servizi approvato dal CDA con verbale n. 5 del 05.06.2016 e la successiva determinazione n. 5 del 14.04.2017 vengono definiti le funzioni e i compiti della Direzione che ha potere gestionale dell'Ente. Con la delibera n. 543 del 3.10.2018 viene stabilito che i dirigenti di struttura semplice relativi all'ambito amministrativo e al Reparto Formazione Progettazione sono delegati ad adottare provvedimenti gestionali, esecutivi di delibere programmatiche assunte dal DG incidenti su materie di rispettive competenze denominate determine dirigenziali. Per quanto riguarda il potere di spesa per l'indizione, aggiudicazione e liquidazione dell'affidamento di lavori l'importo massimo per le determine è di €. 40.000 e per le forniture di beni e servizi di €. 20.000. Con la delibera n.103 del 11/03/2022 vengono individuati i sostituti dei dirigenti con incarico di struttura semplice e complessa operanti in Istituto.

L'Organizzazione interna e l'organigramma ufficiale dell'IZS- Teramo sono consultabili nel Regolamento per l'ordinamento interno dei servizi dell'Istituto al seguente indirizzo:

https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/operazione_trasparenza/2016/regolamenti/Regolamento_ordinamento_interno_dei_servizi_Rev_0_14.04.2017.pdf

L'assetto organizzativo è leggibile e navigabile sul sito istituzionale al seguente indirizzo:

https://www.izs.it/IZS/Chi_siamo/Organizzazione

Organi dell'Istituto

Il Consiglio di Amministrazione

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

- Avv. Alfonso Cantone in qualità di Presidente, designato dalla Regione Molise;
- Dott. Pietro Enzo Di Giulio in qualità di consigliere, designato dalla Regione Abruzzo;

- Dott.ssa Gaetana Ferri in qualità di consigliere, designata dal Ministero della Salute.

Il Direttore Generale

Con decreto del Presidente della Giunta della Regione Abruzzo del 10 gennaio 2020, n. 3 è stato nominato Direttore Generale il Dott. Nicola D'Alterio che fino alla data di insediamento aveva assunto, in qualità di Direttore Sanitario dell'Ente, in ottemperanza alla normativa regionale (L.R. 41/2014 e L.R. 2/2015), le funzioni di Direttore Generale.

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

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

Il Direttore Sanitario

Nominato, con deliberazione del Direttore Generale n. 46 del 7 febbraio 2020, nella persona del Dott. Giacomo Migliorati con decorrenza dal 7 febbraio 2020 e fino al 7 febbraio 2025. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari coordinando in particolare le funzioni relative alla ricerca scientifica, alla sorveglianza epidemiologica ed alla valutazione del rischio in materia di sanità e benessere animale, sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e fornisce parere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore Amministrativo

Nominato, con deliberazione del Direttore Generale n. 189 del 24 aprile 2018, nella persona del Dott. Lucio Ambrosj con decorrenza dal 1 maggio 2018 e fino al 1 maggio 2023 è stato rinnovato per ulteriori 5 anni, con decorrenza dall'1 maggio 2023 (dunque fino all'1 maggio 2028) giusta Deliberazione n. 222 del 21 aprile 2023. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Ente.

Il Collegio dei Revisori dei Conti

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

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

Organismi

L'Organismo Interno di Valutazione (OIV)

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

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

Il Consiglio di Direzione

Regolamentato con deliberazione del Direttore Generale n. 9 del 22 gennaio 2019 è un organismo collegiale, presieduto dal Direttore Generale, all'interno del quale si confrontano e si armonizzano le politiche di sviluppo aziendale, nell'ottica della sintesi tra la funzione di governo, espressa dalla Direzione aziendale, e la funzione di gestione di cui sono titolari i dirigenti che hanno la responsabilità di orientare le attività svolte dalle diverse strutture e articolazioni aziendali. Il Consiglio di Direzione è composto dai Direttori Amministrativo e Sanitario, dai responsabili delle Strutture Complesse e dai responsabili dei centri specialistici, questi ultimi convocati di volta in volta in relazione agli argomenti all'ordine del giorno. La suddetta composizione può essere di volta in volta integrata attraverso la presenza del/i dirigente/i competenti per le specifiche materie oggetto di trattazione, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, dai responsabili delle Strutture Complesse e dai responsabili dei centri specialistici. Il regolamento per il funzionamento dell'organismo è stato approvato con deliberazione n. 9 del 22 gennaio 2019 consultabile al link:

[Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi \(izs.it\).](#)

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

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

[IZS - Comitato Unico di Garanzia](#)

Organismo Preposto al Benessere Animale (OPBA)

È preposto al benessere degli animali è stato istituito presso l'Istituto con delibera n. 313 del 15/05/2014, integrata con delibera 306 del 19/05/2016 secondo quanto disposto dalla Direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici come previsto dall'art. 25 del D.Lgs n. 26 del 04/03/2014. Fornisce consigli, pareri e

consulenze su questioni relative al benessere degli animali in relazione alla loro acquisizione, sistemazione, cura e impegno.

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

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

Comitato Etico Interuniversitario per la Sperimentazione Animale (CEISA).

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

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

https://www.izs.it/IZS/Sanita/Comitato_Etico_Interistituzionale_per_la_Sperimentazione_Animale_CEISA

Comitato Tecnico-Scientifico

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

Comitato scientifico per la formazione ECM

Il Comitato ha il compito di validare il Piano formativo a livello scientifico per ottenere l'accreditamento quale provider nazionale per la formazione continua in medicina (ECM); è rinnovato da ultimo con delibera 340 del 22 luglio 2022 ed è composto da 15 membri.

Altre informazioni sull'organizzazione

Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD)

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

Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

In applicazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, confermate nel PNA 2019, e al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti, è stato nominato il dott. Angelo Mincione quale "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante" (RASA). L'inserimento del nominativo del RASA all'interno del Piano è espressamente richiesto, come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione, dalla determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016. Annualmente il RASA provvede alla trasmissione all'ANAC delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture prevista all'articolo 1, comma 32, della L. 190/2012. L'Istituto è iscritto all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti con relativo codice AUSA 0000239222.

Responsabili della transizione Ecologica e digitale

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

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

Data Protection Officer (DPO)

In conformità con il dettato normativo di riferimento, l'Istituto ha individuato e designato il Data Protection Officer (DPO) con delibera n. 241 del 18/05/2018. Ai sensi della normativa europea, il DPO (art. 37 del Regolamento (UE) del 27 aprile 2016, n. 679 – GDPR e Parte IV, § 7) svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'Amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza, sensibilizzare e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del Regolamento). Il DPO dell'Istituto è l'Avv. Luca Gentile.

Mobility manager

Con il recente Decreto Rilancio, l'adozione obbligatoria del Mobility manager è divenuta obbligatoria per tutte le società con 100 o più dipendenti localizzate in Comuni, capoluoghi di provincia e regione e città metropolitane con popolazione superiore a 50 mila abitanti. Obiettivo del Mobility manager è quello di ottimizzare costi e impatti della mobilità sul territorio, con aspetti di efficienza e attenzione ambientale. Dopo l'arrivo del COVID l'attenzione del Mobility manager è stata estesa alla salute dei dipendenti, al distanziamento sociale e alla gestione dello smart working. L'Istituto ha nominato l'Ing. Marco Di Melchiorre Mobility manager aziendale con delibera 169 del 12/04/2022.

Chief Information Security Officer (CISO)

Visto il Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) introdotto con D. Lgs. n. 82/2005 e modificato dai D. Lgs. n. 179/2016 e n. 217/2017, con delibera n. 30 del 19/01/2024, è

stato nominato il Dott. Guido Santoro come CISO, quale figura fondamentale per la sicurezza informatica aziendale, soprattutto alla luce delle nuove normative europee per la protezione dei dati, delle reti e dei sistemi informativi.

Risorse Umane

In Istituto al 01/01/2024 operano - 346 persone (a tempo indeterminato, determinato e piramidato), il 59% è donna, il 71% è laureato e l'età media è pari a 48 anni (Tab.2).

Tabella 2. Il personale dipendente a tempo indeterminato determinato e piramidato.

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

Il solo personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato, è composto da 260 unità di personale, il 53% è donna; sono donne anche 45 dirigenti sui 100 totali (ossia il 45% dei dirigenti è donna).

Il personale a tempo determinato è pari a 23 unità tutti dirigenti (Tab.3).

Tabella 3. Il personale dipendente a tempo determinato e indeterminato.

| | DONNA | UOMO | TOTALE |
|--|------------|------------|------------|
| A = Totale dipendenti a tempo indeterminato e determinato | 137 | 123 | 260 |
| Dirigenti a tempo indeterminato | 37 | 40 | 77 |
| Dirigenti a tempo determinato | 8 | 15 | 23 |
| non Dirigenti a tempo indeterminato | 92 | 68 | 160 |
| non Dirigenti a tempo determinato | | | |
| Età media | 53 | 55 | 54 |
| Laurea | 99 | 70 | 169 |
| no Laurea | 38 | 53 | 91 |

Dopo le 50 unità di personale in ruoli non dirigenziali assunto il 31/12/2019 per le finalità normate dalla Legge di Bilancio per l'anno 2018 e per garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale, il 31/12/2020 sono state assunte per la stessa finalità ulteriori 21 unità. Nel corso dell'anno 2023 ne sono stati assunti altre 32 unità. Alla data del 01/01/2024 le unità di personale assunto per la c.d. piramide sono 86 – alcune unità 4 nell'anno 2020, 2 nel 2021, 6 nel 2022 e 5 nel 2023 hanno cessato la loro attività in piramide – il 77% è donna e l'90% è laureato (Tab.4).

Tabella 4. Il personale Piramidato.

| | DONNA | UOMO | TOTALE |
|---|-----------|-----------|-----------|
| B = Totale dipendenti della Piramide della Ricerca | 66 | 20 | 86 |
| Piramidati Ricercatori | 38 | 11 | 49 |
| Piramidati Addetti a supporto alla Ricerca | 28 | 9 | 37 |
| Età media | 42 | 43 | 42 |
| Laurea | 61 | 16 | 77 |
| no Laurea | 5 | 4 | 9 |

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

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

1.1.3 Le risorse economico-patrimoniali

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

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

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

Il PIAO 2024/2026 (Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e trasparenza, Capitale Umano) è elaborato in coerenza ai documenti di programmazione finanziaria che ne costituiscono il necessario presupposto. Bilancio 2024/2026 è costruito come un unico centro di responsabilità e il conto economico preventivo contiene le stime dei ricavi e la loro distribuzione tra le voci di costo è formulata in base agli obiettivi da raggiungere, alle attività e ai servizi ricorrenti e progettuali da svolgere. L'integrazione tra il PIAO e il conto economico preventivo, avviene tramite il supporto della contabilità analitica (CoAn) per centri di responsabilità, di costo e per progetto. (Tab. 5).

Tabella 5. Bilancio Pluriennale 2024/2026

| VALORE DELLA PRODUZIONE E COSTI | 2024 | 2025 | 2026 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| A) VALORE DELLA PRODUZIONE | | | |
| 1) Contributi in c/esercizio | 44.115.496,00 | 44.501.217,00 | 44.578.573,00 |
| 2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti (-) | -2.975.000,00 | 3.000.000,00 | -3.200.000,00 |
| 3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | 11.797.181,00 | 11.642.338,00 | 11.490.592,00 |
| 4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | 1.352.500,00 | 1.352.500,00 | 1.352.500,00 |
| 5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 322.496,00 | 322.496,00 | 322.496,00 |
| 6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | | | |
| 7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio | 4.133.587,00 | 4.403.962,00 | 4.688.212,00 |
| 8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | | | |
| 9) Altri ricavi e proventi | 1.325.000,00 | 1.575.000,00 | 1.775.000,00 |
| TOTALE A) | 60.071.260,00 | 60.797.512,00 | 61.007.373,00 |
| B) COSTI DELLA PRODUZIONE | | | |
| 1) Acquisto di beni | 3.997.000,00 | 4.088.931,00 | 4.088.931,00 |
| 2) Acquisti di servizi sanitari | 1.988.577,00 | 1.968.461,00 | 1.718.461,00 |
| 3) Acquisti di servizi non sanitari | 8.955.913,00 | 9.096.838,00 | 9.098.378,00 |
| 4) Manutenzione e riparazione | 1.960.000,00 | 2.005.080,00 | 2.005.080,00 |
| 5) Godimento di beni di terzi | 524.892,00 | 534.552,00 | 534.552,00 |
| 6) Costi del personale | 21.510.369,00 | 21.510.369,00 | 21.510.369,00 |
| 7) Oneri diversi di gestione | 1.713.627,00 | 1.735.773,00 | 1.735.773,00 |
| 8) Ammortamenti | 4.587.556,00 | 4.850.861,00 | 5.128.236,00 |

| VALORE DELLA PRODUZIONE E COSTI | 2024 | 2025 | 2026 |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| 9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | | | |
| 10) Variazione delle rimanenze | 14.372,00 | -10.163,00 | -30.041,00 |
| 11) Accantonamenti | 13.190.468,00 | 13.388.325,00 | 13.589.150,00 |
| TOTALE B) | 58.442.774,00 | 59.169.027,00 | 59.378.888,00 |
| DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B) | 1.628.486,00 | 1.628.485,00 | 1.628.485,00 |

Immobili e Terreni

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

La destinazione funzionale delle aree edificate, nell'intero territorio di competenza, è per circa il 13,5% dedicata a laboratori, il 13,7% a uffici e il restante 72,8% ad altre funzioni (magazzini, stalle, ecc.).

Complessivamente l'Istituto possiede terreni per 914.975 m² (91,5 ha), l'area della sede centrale incide solamente per il 2,5%, con i suoi 22.815 m². La consistenza patrimoniale maggiore dell'IZS - Teramo, pari a circa 686.172 m², è rappresentata dall'area, per lo più, occupata dall'azienda agricola, dalle nuove stalle, dall'identificazione animale, dal benessere animale e dal Centro Internazionale per la Formazione e l'Informazione Veterinaria (CIFIV), situata in zona Colleatterato Alto (TE). Tale area pesa da sola per il 75% dell'intera proprietà terriera. (Tab. 6).

Tabella 6. Superfici immobili e terreni di proprietà e in uso.

| Regione | Sede | Superficie degli immobili m² | Terreni m² |
|----------------|--------------------------|--|------------------------------|
| Abruzzo | Sede centrale Teramo | 14.016 | 22.815 |
| Abruzzo | Contrada Gattia (Teramo) | 15.768 | 98.137 |
| Abruzzo | Colleatterato (Teramo) | 6.119 | 686.172 |
| Abruzzo | Sede Pescara | 850 | 843 |
| Abruzzo | Sede Lanciano (Chieti) | 433 | 790 |
| Abruzzo | Sede Avezzano (L'Aquila) | 683 | 3.500 |
| Abruzzo | Sede L'Aquila | | 96.918 |

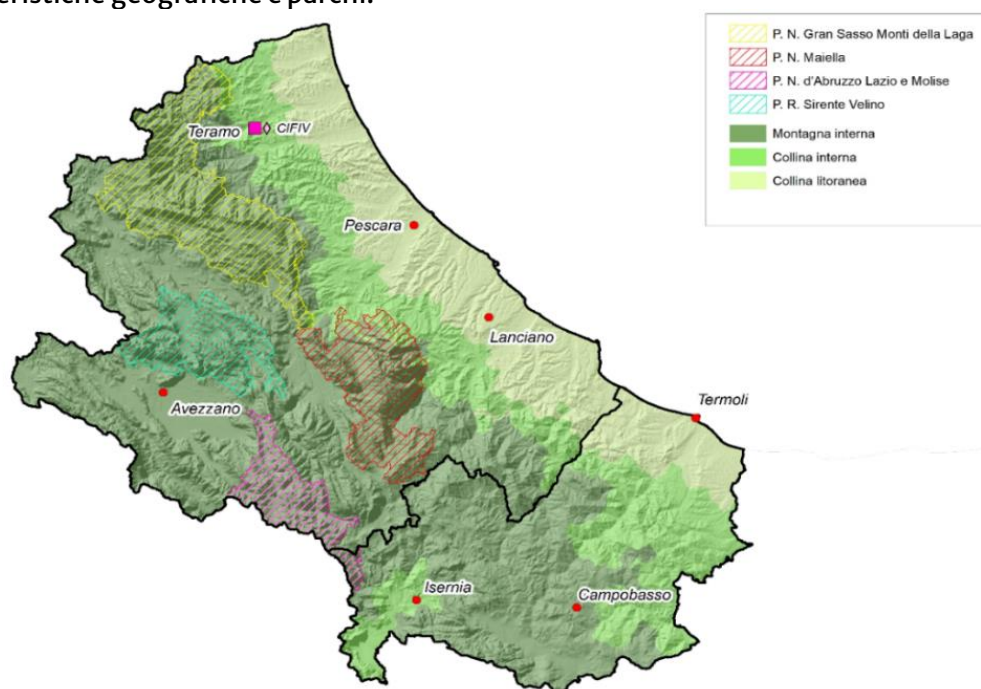
| Regione | Sede | Superficie degli immobili m ² | Terreni m ² |
|--------------------------------|------------------------------|--|------------------------|
| <i>Totale Abruzzo</i> | | 37.869 | 909.175 |
| Molise | Sede di Campobasso | 636 | 800 |
| Molise | Sede di Termoli (Campobasso) | 632 | |
| Molise | Sede Isernia | 1.081 | 5.000 |
| <i>Totale Molise</i> | | 2.349 | 5.800 |
| <i>Totale Abruzzo e Molise</i> | | 40.218 | 914.975 |

1.2 Il Contesto esterno

1.2.1 Il territorio di competenza amministrativa

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

Figura 2. Territorio di competenza: suddivisione amministrativa IZS - Teramo, caratteristiche geografiche e parchi.



Per meglio descrivere le regioni in cui opera l'Istituto si utilizzano i dati sulla popolazione e sulle imprese presenti sul sito web dell'ISTAT aggiornati al 31 dicembre di ogni anno.

Abruzzo dati salienti*

1.272.627 popolazione residente al 1° gennaio 2023: 622.679 maschi, 649.948 femmine;

99.766 imprese nel 2021.

Molise dati salienti*

290.636 popolazione residente al 1° gennaio 2023: 143.551 maschi, 147.085 femmine;

21.332 le imprese nel 2021.

1.2.2 Le imprese

Per analizzare nel dettaglio i dati sulle imprese del settore alimentare ed agroalimentare ad uso umano, sugli allevamenti e sulla consistenza del patrimonio zootecnico delle regioni di competenza si riportano i dati del Sistema informativo nazionale veterinario per la sicurezza alimentare (SINVSA) aggiornati al 31/12/2023 e della banca dati nazionale anagrafi animali (BDN) gestiti dall'Istituto per conto del Ministero della Salute e aggiornati al 31/12/2023. (Tabelle 7 e 8).

Tabella 7. Imprese del settore alimentare e agroalimentare ad uso umano del territorio di competenza.

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

Tabella 8. Numero allevamenti e capi nel territorio di competenza.

| SPECIE | ABRUZZO | | MOLISE | |
|----------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| | Numero allevamenti | Numero capi | Numero allevamenti | Numero capi |
| Bovini | 3.975 | 61.317 | 1.992 | 32.422 |
| Bufalini | 19 | 125 | 11 | 698 |
| Ovini e Caprini | 4.579 | - | 2.122 | - |
| Ovini | - | 159.100 | - | 47.502 |
| Caprini | - | 16.872 | - | 7.574 |
| Suini | 713 | 57.930 | 175 | 18.440 |
| Suini familiari | 8.729 | 3.619 | 3.358 | 1.562 |
| Cavalli | 4.923 | 14.236 | 1.375 | 3.950 |
| Asini | 918 | 2.327 | 176 | 275 |
| Muli | 311 | 693 | 39 | 65 |
| Polli da carne | 75 | 2.567.624 | 219 | 3.826.834 |
| Ovaiole | 114 | 121.416 | 19 | 145.708 |
| Gallus gallus riproduttori | 18 | 688.542 | 34 | 642.309 |
| Gallus gallus svezzamento | 12 | 5.481 | 2 | 453 |
| Tacchini | 6 | 51.028 | 0 | 0 |
| Altri avicoli | 65 | (*) | 8 | (*) |
| Crostacei | 3 | (*) | 3 | (*) |
| Molluschi | 9 | (*) | 7 | (*) |
| Pesci | 62 | (*) | 13 | (*) |
| Conigli e lepri | 185 | 32.287 | 6 | - |
| Apiari | 4.247 | (*) | 1.781 | (*) |
| Elicicoltura | 18 | (*) | 11 | (*) |

| SPECIE | ABRUZZO | | MOLISE | |
|----------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Numero allevamenti | Numero capi | Numero allevamenti | Numero capi |
| Cervidi | 5 | (*) | 0 | (*) |
| Camelidi | 17 | (*) | 3 | (*) |

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

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

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

Nella stessa pagina sono compilabili due questionari:

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

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

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

1.3 I portatori di interessi

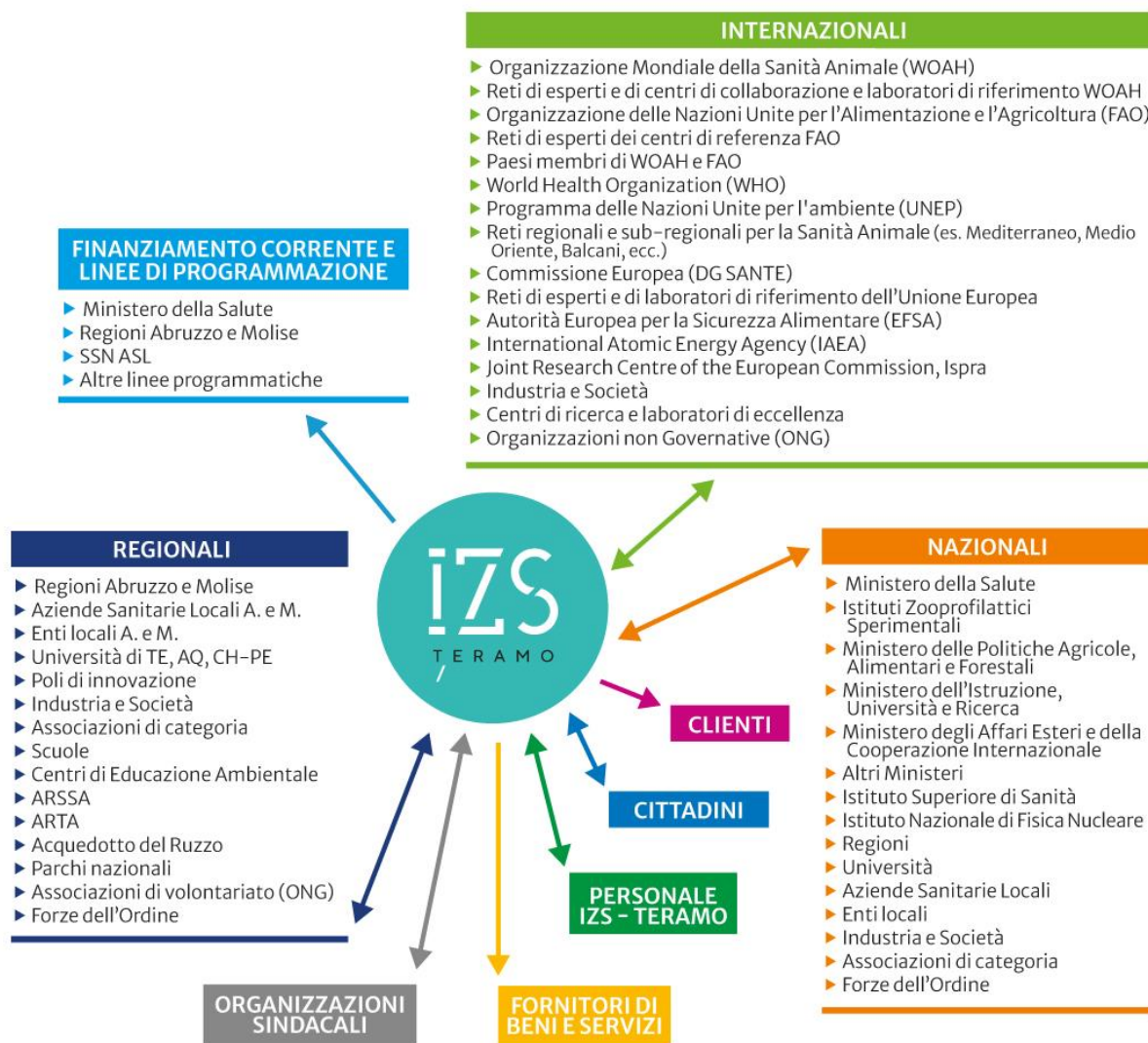
Le attività dell'Istituto sono rivolte ad un elevato numero di "portatori di interessi", differenti in termini di aspettative, competenze e richieste. L'IZS - Teramo si avvale di rapporti e collaborazioni con Istituzioni ed Organizzazioni che operano nei diversi settori di interesse, pertanto i portatori di interessi, o "stakeholder", sono non solo i soggetti con un rapporto diretto con l'IZS - Teramo (clienti, fornitori, personale dell'IZS - Teramo, cittadini, organizzazioni sindacali), ma anche tutti coloro le cui azioni possono direttamente o indirettamente avere riflessi sulle scelte operate e da operare (collettività, Pubblica Amministrazione centrale e periferica, Istituzioni pubbliche, Società private, ecc.).

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

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

alle opportunità offerte dalle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione. (Figura 3).

Figura 3. I portatori di interessi.



Sezione 2 – Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

Il processo di pianificazione dell'Ente parte dalla definizione delle linee strategiche triennali, approvate il 23 dicembre 2021 con Deliberazione n. 8 dal Consiglio di Amministrazione, d'intesa con il Direttore Generale, e formulate con il contributo degli stakeholders dell'Istituto – interni ed esterni – in occasione di specifici incontri, riportate nel Piano Strategico 2022/2024. Visualizzabile al seguente indirizzo:

https://www.izs.it/IZS/Engine/RAServeFile.php/f/pubblicazioni_tecnico_scientifiche/_Imp_La_strategia_2022-2024_SITO.pdf

In questo periodo storico, caratterizzato tra l'altro da una elevata complessità e da una dinamicità mai avuta in passato, l'Ente ha concentrato le sue visioni sui bisogni emergenti ed ha unito le strategie con agli obiettivi in una connessione a cascata e sinergica. In generale, per Valore Pubblico dell'IZS – Teramo è il livello di benessere auspicato in fase di pianificazione e generato (in fase di monitoraggio e rendicontazione) di tutti i portatori di interesse.

La capacità di creare **Valore Pubblico** ossia aumentare il livello di benessere economico, sociale, sanitario e organizzativo degli stakeholders di riferimento e gestire le risorse pubbliche secondo criteri di economicità, di efficacia, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza è la finalità principale della Pubblica Amministrazione ed è la vera innovazione del PIAO. Nell'Ente la mission, è stata associata, in questa prima fase, al Valore Pubblico. Il Valore pubblico; **Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale**, dove per prospettiva globale si intende la salute dell'uomo, dell'animale e dell'ambiente sarà misurato come: a) risultato degli indicatori di stato di salute delle risorse; e b) risultati performanti delle unità organizzative in cui si articola l'Ente in termini di efficacia, efficienza ed economicità. Gli indicatori di tipo a) e b) sono espressi nell'**Allegato n.1 Risultati attesi anno 2024** e incidono sulle strategie dell'Ente. (Fig. 4).

Figura 4. Il percorso verso il Valore Pubblico.



Pertanto, il Valore pubblico e il relativo benessere verrà misurato come risultato degli indicatori di stato della salute, condizione abilitante per una buona performance,

mediante la valutazione degli obiettivi di semplificazione, informatizzazione, miglioramento all'accessibilità e di pari opportunità e anche come impatto prodotto dalle prestazioni dell'IZS – Teramo in relazione ai risultati che si raggiungeranno, nonché con la partecipazione diretta degli utenti esterni con questionari per il loro contributo partecipativo.

Tabella 9. Salute delle risorse.

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

Inoltre, per chiarezza espositiva, si specifica che gli impatti che si misureranno saranno impatti di tipo:

- economico quando si misura quantitativamente il miglioramento del benessere economico del contesto interno all'Ente atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline);
- sanitario quando si misura qualitativamente il miglioramento del benessere sanitario del contesto esterno all'Ente atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline);
- sociale quando si misura quantitativamente il miglioramento del benessere sociale del contesto interno all'Ente, atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline);
- organizzativo quando si misura in termini di efficienza e di efficacia il miglioramento del benessere organizzativo del personale interno all'Ente atteso o raggiunto rispetto alle condizioni di partenza (baseline). (Tab.10).

Tabella 10. Linee strategiche, obiettivi generali, impatto e interessati 2024/2026

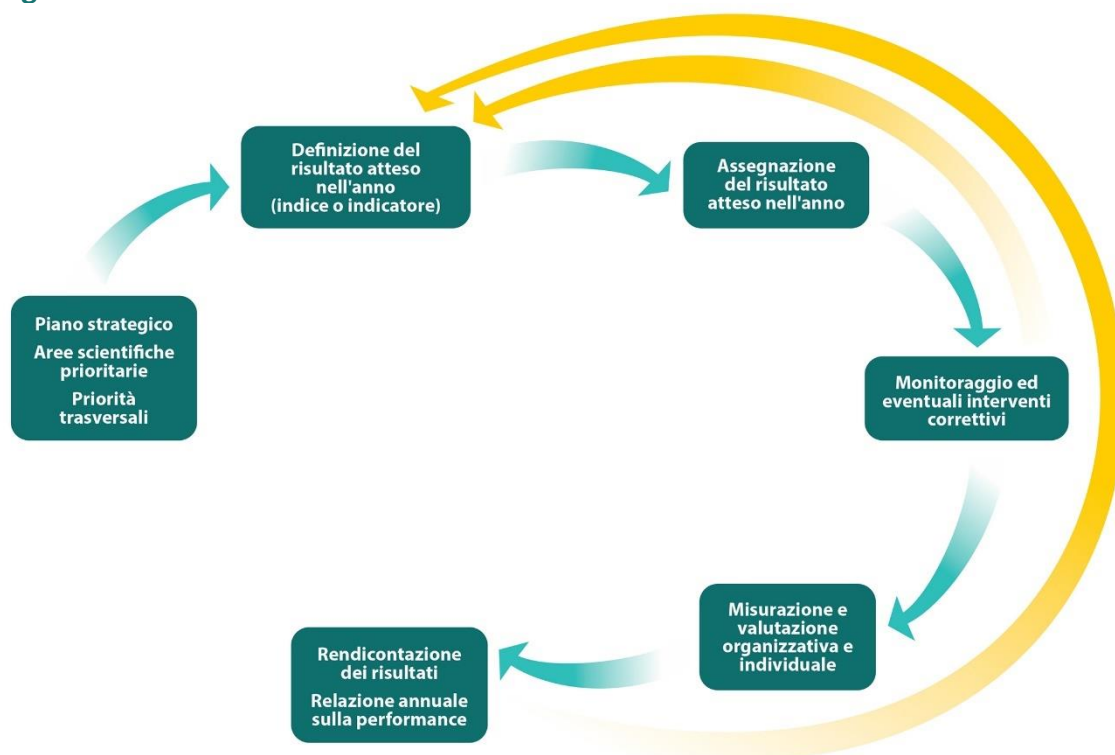
| VALORE PUBBLICO | LINEE STRATEGICHE | OBIETTIVI GENERALI | IMPATTO | INTERESSATI |
|--|--|--|-------------------------------------|---|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 – Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto One-health | Organizzativo, economico, sanitario | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 2 – Sicurezza Alimentare | 2. Garantire la sicurezza degli alimenti e migliorarne la sostenibilità, la qualità e la tipicità, al fine di tutelare la salute umana e sostenere la crescita economica dell'intera filiera a livello locale, nazionale e internazionale | Organizzativo, economico, sanitario | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali, produttori e consumatori |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 3 – Sostenibilità ambientale, residui, contaminanti e inquinanti | 3. Promuovere la riduzione dei livelli di contaminazione dell'ambiente e del biota, allo scopo di proteggere in maniera sostenibile la salute globale e le attività economiche correlate | Organizzativo, economico, sanitario | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali, produttori e consumatori |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 – Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | Organizzativo, sociale | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | Organizzativo, economico, sanitario | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 – Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS – Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | Organizzativo, sociale, sanitario | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 4 – Riconoscimenti, collaborazioni e partnership | 7. Determinare efficacemente il posizionamento strategico dell'IZS – Teramo nel campo della ricerca per la Salute Unica nel contesto di riferimento nazionale e internazionale, in una prospettiva di medio-lungo termine. | Organizzativo, economico, sanitario | Risorse Umane IZS – Teramo, SSN, Enti pubblici e privati regionali nazionali e internazionali |

2.2 Sottosezione di programmazione – Performance

2.2.1 La programmazione annuale

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

Figura 5. Ciclo della Performance.



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

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

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

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

La programmazione annuale inoltre tiene conto dei:

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

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

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

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

Minacce: le eventuali nuove norme di ulteriore contenimento della spesa di beni, servizi e di personale, la crescente competizione di altri operatori sanitari, ad esempio per la

partecipazione a bandi di gara per progetti. Le emergenze epidemiche e non epidemiche, la pandemia e la guerra in atto.

Come descritto nella sottosezione di programmazione Valore Pubblico, il Piano individua 3 **Aree Scientifiche Prioritarie** e 6 Priorità Trasversali e per ciascuna area e priorità indica uno ed un solo **obiettivo generale**. Ciascuno dei 9 obiettivi generali rappresenta i traguardi che l'Istituto si propone di raggiungere nel medio periodo, avendo un riferimento temporale triennale; e sono tesi al miglioramento dell'azione dell'Istituto. Gli obiettivi generali espressi non mirano a registrare il complesso delle attività che l'Istituto svolge ma evidenziano solo quelle che migliorano le prestazioni. Per ognuno dei 9 obiettivi generali individuati nel Piano Strategico sono descritti 38 **obiettivi specifici** e 111 **misure attuative**. Sia gli obiettivi specifici che le misure attuative sintetizzano l'intera organizzazione, rispetto a obiettivi specifici e aree e priorità predefinite che hanno valenza strategica per l'Istituto.

Annualmente vengono definiti, in relazione ad una misura e dunque ad un obiettivo specifico (in una coerenza c.d. ad albero), obiettivi specifici annuali, ossia i **risultati attesi nell'anno**, che, in coerenza con il vigente quadro normativo, sono rilevanti e pertinenti, specifici e misurabili in termini concreti e chiari.

I risultati attesi possono essere:

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

2.2.2 La Performance organizzativa e individuale

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

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

base di parametri predefiniti che ne delineano il grado di incidenza rispetto alla performance della struttura. (Tab.11).

Tabella 11. Pesatura degli obiettivi e criteri di ponderazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- alla performance del centro di cui è responsabile (performance organizzativa)
- al raggiungimento di specifici obiettivi individuali (performance di risultato individuale);
- alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, *nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate* (comportamenti);

- alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi [comportamenti].

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

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

La raccolta sistematica e matriciale dagli obiettivi generali, declinati poi in obiettivi specifici e in misure attuative (quest'ultime annuali) è riportata nell'**Allegato n. 1 Risultati attesi anno 2024**.

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

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

2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Premessa

L'IZS - Teramo, in ottemperanza alle disposizioni legislative, in questa sottosezione descrive le strategie adottate per prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza. La presente sottosezione costituisce aggiornamento ed integrazione alla precedente contenuta nel PIAO 2023/2025.

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

2.3.2 Scopo

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

Il documento è destinato a tutti coloro che hanno rapporti di qualsiasi natura con l'Ente.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. Le misure di prevenzione e quelle per la trasparenza oltre che a

proteggere il sistema sono esse stesse produttive di valore pubblico poiché concorrono al buon funzionamento dell'Amministrazione attraverso il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, la formazione del personale e l'adesione al sistema di gestione ai sensi della norma UNI ISO 37001:2016:2016.

2.3.3 Riferimenti normativi

- L. 241 del 7/8/1990 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- D.Lgs. 165 del 30/3/2001 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- L. 190 del 6/11/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- D.Lgs. 33 del 14/3/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- D.Lgs. 39 del 8/4/2013 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Codice Penale – artt. 314 ss.;
- D.P.R. 62 del 16/4/2013 “Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del D.Lgs. 15 del 30 marzo 2001”;
- DPCM 16/1/2013 Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- Circolare n. 1 del 25/01/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Delibera CIVIT n. 72/2013 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- L. 69 del 27/5/2015 “Disposizioni in materia di delitti contro la PA, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- D.Lgs. 50 del 18/04/2016 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- D.Lgs. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. 14/3/2013, n. 33, ai sensi dell'articolo n. 7 della legge 07/08/2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC n. 831 del 03/08/2016 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016”;

- Delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee guida per l’adozione del Codice di Comportamento negli Enti del Servizio Nazionale”;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22/11/2017 “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Delibera ANAC n. 177 del 19/02/2020 “Linee guida in materia di Codici di Comportamento delle Amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC n. 469 del 09/06/2021 “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del D.Lgs. 165/2001 (cd Whistleblower).
- “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”, ANAC 02/02/2022.
- D.L. 80 del 09/06/2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia” convertito dalla L. 113 del 06/08/2021.
- D.L. 152 del 06/11/2021 “Disposizioni urgenti per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose”.
- L. 233 del 29/12/2021 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 novembre 2021 n. 152, recante disposizioni urgenti per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose”.
- “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”, ANAC 02/02/2022;
- Delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023 “Piano Nazionale Anticorruzione 2022”;
- D.Lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;
- D.Lgs. n.36 del 31/03/2023 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’art.1 della Legge 22/06/2022 n.78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”;
- D.P.R. 81/2023 “Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n.62, recante: “Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165”.
- Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 “Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”.

- Delibera ANAC n. 311 del 12 luglio 2023 - Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”;
- Delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023 “Piano Nazionale Anticorruzione 2023”.

2.3.4 Termini e definizioni

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

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

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

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

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

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

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

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

PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

2.3.5 Contesto dell'organizzazione

2.3.5.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

2.3.5.1.1 Analisi del contesto interno

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

Di seguito vengono descritti gli aspetti dell'Organizzazione utili al contrasto di fenomeni corruttivi. Il Piano Strategico aziendale 2022/2024, che individua le aree scientifiche prioritarie di attività dell'Istituto, ha individuato l'anticorruzione come priorità trasversale per la corretta gestione dell'Organizzazione e la salvaguardia dei cittadini e dei portatori di interesse.

La definizione di ruoli e responsabilità, strumenti di programmazione coerenti con l'obiettivo di contrasto alla corruzione, (Piano delle performance, bilancio, piano formativo aziendale, ecc.), regolamenti aziendale utili a limitare la discrezionalità e standardizzare le metodologie organizzative, certificazioni di qualità, mappatura dei processi esposti a rischi corruttivi, sono tutti strumenti adottati per prevenire la corruzione.

In particolare, l'IZS – Teramo si è dotato nel tempo di presidi organizzativi finalizzati a circoscrivere e controllare gli ambiti di discrezionalità, quali l'informatizzazione dei processi e dei procedimenti, la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, i controlli informatici preventivi e successivi, il sistema di valutazione della performance, il controllo di gestione, il sistema qualità.

Il Collegio dei Revisori effettua puntuali controlli di regolarità amministrativo-contabile, l'OIV misura e valuta la performance e la valutazione dei dirigenti oltre che le attività di prevenzione della corruzione. A questi si aggiungono la vigilanza ed il controllo sugli organi e sull'attività dell'Istituto esercitate di concerto fra la Giunta regionale della Regione Abruzzo e della Regione Molise e i controlli di vigilanza esterna esercitati dagli Enti e dalle Organizzazioni sui progetti finanziati.

Particolare attenzione verrà rivolta ai progetti a cui parteciperà l'Istituto finanziati con i fondi del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dal Piano Nazionale per gli investimenti complementari (PNC). Si tratta di canali di finanziamento che seguono per loro natura stringenti regole che si aggiungeranno alle misure già normalmente adottate dall'Ente. (Tab. 12)

Tabella 12. Progetti IZS- Teramo con fondi PNRR.

| Progetto | Inizio | Fine | Budget totale | Budget IZS- Teramo | Fonte di finanziamento | Ruolo dell'Ente |
|--|----------|----------|----------------|-----------------------|--|--|
| Vitality - Innovation, digitalisation, and sustainability ecosystem for the development of center Italy economy | 01/07/22 | 30/06/25 | 115.996.558,73 | 689.911,00 | Next Generation EU - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza | Affiliato |
| One Health Basic and Translational Research Action Addressing Unmet Needs on Emerging Infectious Diseases- INFACT | 01/07/22 | 31/10/25 | 114.500.000,00 | 871.617,20 | Next Generation EU - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza | Affiliato tramite A.I.Z.S. (Associazione degli I.I.ZZ.SS.) |
| Impatto dei contaminanti ambientali tossici e persistenti di interesse prioritario nei prodotti ittici del Mar Mediterraneo. Scenari di esposizione alimentare ed effetti sulla salute umana. CAP-fish | 24/03/22 | 31/12/26 | 2.100.000,00 | 995.900,00 | Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC) | Partner |
| Acqua, Clima e Salute: dalla protezione dell'ambiente delle risorse all'accesso all'acqua, alla sicurezza d'uso. ACeS | 24/10/23 | 31/12/26 | 699.593,17 | 280.000,00 | Piano Nazionale per gli investimenti Complementari (PNC) | Partner |

Costituiscono a pieno titolo misure preventive, i regolamenti dell'Ente pubblicati sul sito web nella sezione Trasparenza.;

Particolare attenzione è stata data alla revisione del Codice di Comportamento a seguito degli aggiornamenti normativi del 2023. Tale documento costituisce anche la Policy anticorruzione ai sensi della norma UNI ISO 37001:2016.

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

Per analizzare il contesto interno sono state tenute in considerazione le interviste con i responsabili delle strutture, i risultati dei monitoraggi e la presenza di eventuali segnalazioni del *Whistleblower* (non pervenute nel 2023).

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

Situazione economico patrimoniale

L'IZS - Teramo è finanziato dal Fondo Sanitario Nazionale per circa il 55%, da entrate per attività di progetto per circa il 41%, da entrate per progetti di ricerca per circa il 3%, oltre alle risorse aggiuntive previste dal CCNL del comparto Sanità (Art. 3, comma 2 e art. 4 CCNL 20/9/2001 e successivi CCNL) ad integrazione dei fondi del personale e pari all'1,6% (1,4%+0,2%) del monte salari del 1997 e ai fondi del *MasterPlan* ad oggi per euro 15.700.000.

Di seguito alcune delle informazioni più rappresentative.

Nel 2022 le fonti di finanziamento principali sono rappresentate dai contributi in conto esercizio pari al 80,49% del Valore della produzione, rappresentati dal Fondo Sanitario Nazionale per il 54,81% e da altri contributi vincolati per attività istituzionali, di progetto o ricerca.

La quota dei contributi in c/esercizio da Regione Abruzzo compresi i trasferimenti delle quote del fondo sanitario Nazionale (26.386.349,50) rappresentano circa il 49% del Valore della produzione. Il 4,95% del Valore della produzione è costituito dai ricavi per prestazioni sanitarie.

Tra i finanziamenti per investimenti si segnalano i fondi del *Masterplan* Abruzzo - Patto per il Sud e il finanziamento assegnato dal Ministero della Salute nell'ambito della convenzione sottoscritta per l'efficientamento dell'officina farmaceutica del Reparto produzione vaccini batterici e presidi diagnostici (Tab. 13 e 14)

Tabella 13. Risultato di esercizio e disponibilità liquide al 2019 al 2022

| Forma giuridica | Risultato di esercizio 2019 | Risultato di esercizio 2020 | Risultato di esercizio 2021 | Disponibilità liquide 2019 | Disponibilità liquide 2020 | Disponibilità liquide 2021 | Disponibilità liquide 2022 |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ente sanitario di diritto pubblico - Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise | 2.791.826,50 | 15.939.098,73 | 7.857.895,12 | 8.741.401,70 | 22.670.760,93 | 28.551.951,05 | 38.314.097,81 |

Tabella 14. Principali dati di bilancio da 2019 al 2022.

| Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Valore produzione | 50.481.155,94 | 68.213.142,76 | 65.187.550,64 | 53.486.127,47 |
| Risultato di esercizio | 2.791.826,50 | 15.939.098,73 | 7.857.895,12 | 2.853.382,71 |
| Contributo in c/esercizio da regione Abruzzo (*) | 22.702.046,75 | 21.472.046,75 | 21.846.376,58 | 26.386.349,50 |
| Patrimonio netto | 92.970.736,82 | 112.599.876,92 | 114.935.972,03 | 117.941.754,70 |
| Debiti v/banche | - | - | - | - |
| Interessi attivi | 1,00 | 1,00 | 13.381,44 | 5.606,82 |
| Ricapitalizzazioni | - | - | - | - |

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

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti. Anno 2023

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

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

Totale Liquidazioni (euro) 20.981.607,18

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti : -23,01

Procedimenti disciplinari

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

Registro Accessi

Nel 2023 non ci sono state richieste di accesso civico semplice o generalizzato.

Contenzioso

I contenziosi in corso sono 4:

3 ricorsi in Cassazione e 1 in materia di Diritto Civile.

Nel 2023 si sono conclusi 8 contenziosi in materia di diritto del lavoro e tutte le procedure relative agli stessi.

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

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

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


Per valutare il livello di rischio per l'Istituto si è partiti dall'analisi della situazione economica italiana consultando il Rapporto annuale della Banca d'Italia pubblicato a maggio 2023 e riferito all'anno 2022.

Nel 2022 il PIL dell'Italia è cresciuto del 3,7 per cento, dopo il forte recupero del 2021 (7,0 per cento). La dinamica del prodotto ha beneficiato del miglioramento del quadro sanitario, che ha reso possibile l'eliminazione delle misure di contrasto alla diffusione della pandemia e favorito la marcata ripresa dei servizi turistico-ricreativi e dei trasporti; anche l'attività nel comparto delle costruzioni ha continuato a espandersi, sospinta dagli incentivi fiscali per la riqualificazione e il miglioramento dell'efficienza energetica del patrimonio edilizio; la produzione nella manifattura ha invece ristagnato, nonostante la progressiva attenuazione delle difficoltà di approvvigionamento di input intermedi. Dal lato della domanda, sono cresciuti i consumi delle famiglie, sostenuti anche dai risparmi accumulati durante la pandemia e dal credito al consumo, e gli

investimenti fissi lordi, che hanno superato di quasi un quinto il livello del 2019; le esportazioni hanno continuato a espandersi, in particolare nella componente dei servizi, sospinta dalle entrate turistiche. Le tensioni internazionali e l'incertezza generate dal conflitto in Ucraina, gli ulteriori rincari delle materie prime energetiche e l'avvio della fase restrittiva dell'orientamento della politica monetaria hanno rallentato il PIL nella seconda metà del 2022. Il reddito disponibile delle famiglie consumatrici è aumentato del 6,2 per cento a valori correnti, ma in termini reali si è ridotto dell'1,2 per cento per effetto dell'alta inflazione. La propensione al risparmio è scesa, portandosi alla fine dell'anno su livelli inferiori a quelli precedenti la crisi sanitaria. L'accumulo di risorse finanziarie non è stato sufficiente a compensare la perdita di valore reale della ricchezza finanziaria netta delle famiglie dovuta all'inflazione. Quest'ultima, misurata dalla variazione sui dodici mesi dell'indice armonizzato dei prezzi al consumo (IPCA), è aumentata marcatamente, anche al netto delle componenti più volatili (energia e alimentari). Nel 2022 è proseguito il miglioramento dei conti pubblici. Il calo del debito pubblico in rapporto al prodotto richiederà in prospettiva il mantenimento di adeguati avanzi primari, insieme a un innalzamento del potenziale di crescita dell'economia. A questo potrà contribuire l'efficace realizzazione dei programmi di riforma e di investimento previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Nel primo di fondo è rimasta elevata (5,3 in aprile), risentendo ancora della trasmissione dei rincari energetici del 2022. Sulla base di nostre valutazioni, la dinamica del prodotto si manterrebbe positiva anche nel secondo trimestre; potrebbe tuttavia risentire, in misura ancora difficile da quantificare, dei danni delle alluvioni che hanno colpito l'Emilia-Romagna. In tale ambito socio economico si inserisce l'analisi condotta dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale della Polizia Criminale che ha analizzato i delitti legati al fenomeno corruttivo. Sono ricompresi tra i delitti contro la Pubblica Amministrazione quelli contemplati nel Titolo II del Libro II del Codice penale – nel periodo dal 2004 al 2022.

Nella seguente tabella (Tab.15) è possibile avere una visione complessiva del fenomeno.

Tabella 15. Delitti contro la Pubblica amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2022



Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2022.
(Dati di fonte: SDVSSD non consolidati per il 2022)

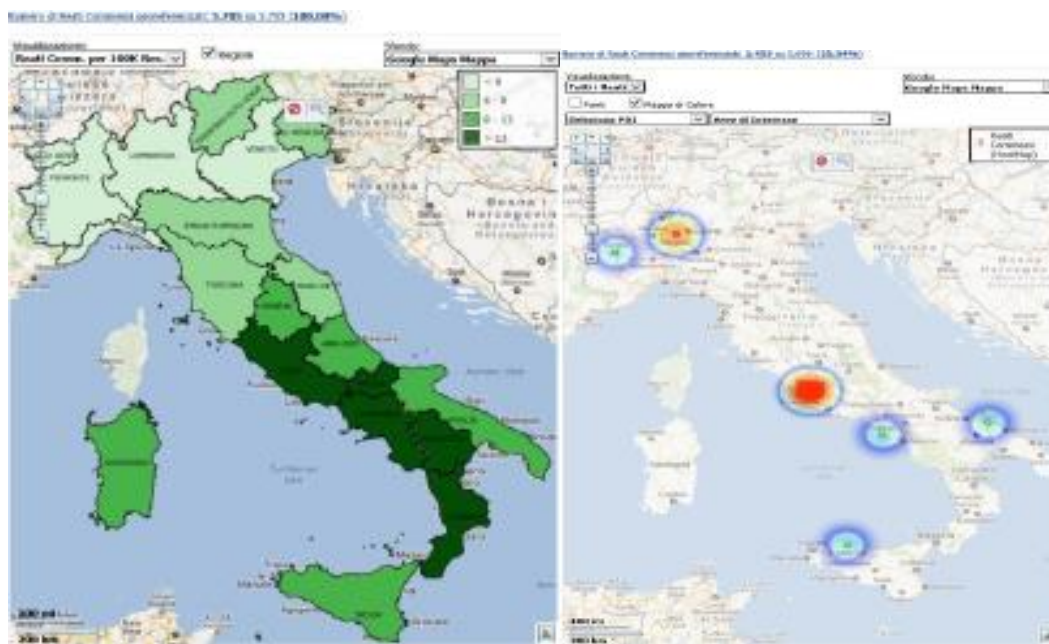
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Art. 314 - Peculato- | 274 | 279 | 243 | 270 | 282 | 330 | 387 | 333 | 453 | 443 | 403 | 360 | 374 | 371 | 348 | 405 | 273 | 286 | 220 |
| Art. 316 - Peculato mediante profitto dell'errore altrui- | 17 | 11 | 15 | 22 | 14 | 41 | 49 | 44 | 47 | 23 | 26 | 18 | 14 | 6 | 8 | 3 | 5 | 11 | 7 |
| Art. 317 - Concussione- | 138 | 115 | 88 | 130 | 145 | 140 | 148 | 130 | 168 | 130 | 111 | 65 | 60 | 67 | 53 | 55 | 45 | 41 | 33 |
| Art. 318 - Corruzione per l'esercizio della funzione- | 27 | 21 | 14 | 18 | 17 | 41 | 19 | 13 | 18 | 17 | 24 | 38 | 36 | 35 | 24 | 27 | 23 | 16 | 23 |
| Art. 319 - Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio- | 119 | 93 | 92 | 92 | 120 | 98 | 82 | 95 | 115 | 101 | 78 | 120 | 112 | 128 | 80 | 114 | 81 | 72 | 51 |
| Art. 319 bis - Corruzione in atti giudiziari- | 9 | 8 | 10 | 7 | 4 | 7 | 8 | 8 | 5 | 8 | 8 | 8 | 22 | 10 | 11 | 17 | 21 | 9 | 4 |
| Art. 319 quater - Induzione indebita a dare o promettere utilità- | | | | | | | | | | 31 | 33 | 44 | 50 | 37 | 31 | 33 | 52 | 26 | 21 |
| Art. 320 - Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio- | 12 | 12 | 6 | 18 | 11 | 32 | 10 | 18 | 22 | 17 | 9 | 28 | 13 | 8 | 15 | 8 | 12 | 12 | 16 |
| Art. 321 - Pena per il corruttore- | 74 | 80 | 55 | 56 | 65 | 65 | 49 | 73 | 71 | 75 | 48 | 65 | 84 | 99 | 57 | 88 | 65 | 54 | 43 |
| Art. 322 - Istigazione alla corruzione- | 173 | 187 | 184 | 195 | 248 | 217 | 218 | 222 | 202 | 182 | 185 | 188 | 144 | 157 | 134 | 118 | 97 | 100 | 77 |
| Art. 323 - Abuso d'ufficio- | 1.016 | 1.051 | 935 | 1.097 | 1.168 | 1.089 | 1.193 | 1.196 | 1.258 | 1.144 | 1.254 | 1.178 | 1.177 | 1.106 | 1.063 | 1.008 | 1.308 | 1.157 | 888 |
| Art. 346 bis - Traffico di influenze illecite- | | | | | | | | | | 2 | 4 | 8 | 1 | 9 | 7 | 20 | 28 | 19 | 16 |

Fonte dati: "I reati corruttivi" del Dipartimento della pubblica sicurezza direzione centrale della polizia criminale servizio analisi criminale marzo 2023

Da un esame della tabella emerge che il dato più rilevante sia quello che riguarda l'abuso d'ufficio (art. 323 c.p.), che tra l'altro è l'unico reato ad aver mantenuto un trend pressoché costante per l'intero arco temporale analizzato. Per le altre fattispecie selezionate i valori risultano più contenuti e con un andamento oscillante anche se, nell'ultimo triennio, si rileva una flessione per la concussione (art. 317 c.p.), la "corruzione" (artt. 318 e 319 c.p.) e l'istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.).

Di seguito si riportano due cartine che evidenziano il numero dei reati georeferenziati su 100.000 residenti (cartina a sinistra) e la "mappa di calore" in relazione alla maggiore incidenza di tali delitti (cartina a destra). (Fig. 6)

Figura 6. Numero reati georeferenziati su 100.000 residenti



Considerando complessivamente i reati oggetto di analisi, dalle mappe emerge una prevalente distribuzione del fenomeno nelle regioni tirreniche sud-occidentali, con spiccata prevalenza di eventi in alcuni capoluoghi (Milano, Torino, Napoli, Palermo e Bari) e, soprattutto, nella città metropolitana di Roma.

In Abruzzo e in Molise si riflette il dato nazionale. Il settore più a rischio si conferma quello legato ai lavori pubblici, in una accezione ampia che comprende anche interventi di riqualificazione e manutenzione (edifici, strade, messa in sicurezza del territorio). A seguire, il comparto legato al ciclo dei rifiuti (raccolta, trasporto, gestione, conferimento in discarica) e quello sanitario (forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanderia e pulizia).

Sul fenomeno e sui possibili tentativi di penetrazione nel territorio provinciale da parte di consorterie criminali riconducibili a camorra, sacra corona unita, 'ndrangheta e mafia siciliana permangono invece concreti i rischi di infiltrazione criminale attraverso imprese legate a sodalizi extraregionali tuttora verosimilmente attratte dai cospicui finanziamenti stanziati per la ricostruzione "post sisma". Fonte. Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - DIA luglio-dicembre 2022

A tale riguardo sul territorio si svolge un forte controllo delle ditte che operano nei cantieri provinciali e nel cratere sismico al fine di prevenire l'infiltrazione mafiosa negli appalti per la ricostruzione degli edifici pubblici e privati. Proprio in relazione ai rischi di infiltrazione da parte di organizzazioni criminali extraregionali giova ricordare che il 2 febbraio 2021 è stato stipulato tra l'ANAC e i Presidenti delle Regioni

Abruzzo, Lazio, Umbria e Marche l'“Accordo per l'esercizio dei compiti di alta sorveglianza e di garanzia della correttezza e della trasparenza delle procedure connesse alla ricostruzione pubblica post-sisma” che ha ulteriormente regolamentato le attività di vigilanza e di verifica preventiva sulla legittimità degli atti afferenti all'affidamento e all'esecuzione dei contratti. Fonte: Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - DIA gennaio-giugno 2021

Nel 2023 non sono stati riscontrati casi o situazioni che abbiano destato particolare allarme e abbiano influito sul funzionamento dell'Ente. Non sono state ricevute segnalazioni di illecito sulla piattaforma del *Whistleblower* e durante i monitoraggi i dirigenti intervistati hanno riferito di non aver avuto alcuna percezione di comportamenti potenzialmente illeciti nello svolgimento della propria attività. Non si è avuta nessuna notizia di procedimenti penali a carico dei dipendenti dell'Ente per reati contro la pubblica amministrazione.

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

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

Il quadro normativo traccia i compiti e l'ambito di intervento dell'Istituto da cui si delineano le aspettative degli stakeholder in materia di anticorruzione. (Tab 16, 17 e 18)

Tabella 16. Stakeholder in materia di anticorruzione

| Stakeholder | Attività svolte dall'Istituto | Aspettative |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ministero della Salute; - Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste; - Ministero dell'Istruzione e del Merito; - Ministero degli Affari esteri e della Cooperazione internazionale; - Organizzazioni internazionali (WOAH, OMS, FAO); - Istituzioni comunitarie (Commissione Europea, Autorità europea per la sicurezza alimentare – ESFA); - Centri di Referenza Comunitari e di Paesi Esteri; - Istituti di ricerca italiani (Istituto Superiore di Sanità e la rete degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali) e internazionali; - Aziende Sanitarie Locali; - Regioni Abruzzo e Molise; - Province e Comuni; - Agenzie, regionali e provinciali, per la protezione dell'ambiente; - Università | <ul style="list-style-type: none"> - ricerca sperimentale sull'eziologia e la patogenesi delle malattie infettive e diffuse degli animali, - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; - esami per la diagnosi di laboratorio delle malattie animali, per la sicurezza microbiologica e chimica degli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana e dei mangimi zootecnici; - sorveglianza epidemiologica nell'ambito della sanità animale, dell'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti di origine animale; - produzione di vaccini, reagenti e prodotti immunologici per la profilassi e la diagnosi delle malattie animali; - consulenza, l'assistenza e l'informazione sanitaria; - formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori di Sanità Pubblica Veterinaria | <p>puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ordini professionali; - Consorzi e associazioni di categoria; - Allevatori; - Macelli; - Operatori del settore alimentare e stabilimenti di produzione e | <ul style="list-style-type: none"> - esami per la diagnosi di laboratorio delle malattie animali, per la sicurezza microbiologica e chimica degli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana e dei mangimi zootecnici | <p>puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità</p> |

| Stakeholder | Attività svolte dall'Istituto | Aspettative |
|--|---|--|
| trasformazione di alimenti di origine animale; - Ristorazione pubblica e collettiva | - consulenza, l'assistenza e l'informazione sanitaria agli allevatori per la bonifica sanitaria e per lo sviluppo e il miglioramento igienico delle produzioni animali; - formazione e l'aggiornamento di veterinari e di altri operatori di Sanità Pubblica Veterinaria | |
| Enti di accreditamento | seguire le norme della qualità | rispetto delle norme della qualità |
| Forze dell'ordine | - esami di laboratorio; - consulenza su attività connesse agli esami di laboratorio | puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità |
| - Scuole; - Cittadini/consumatori | - educazione sanitaria - informazione e divulgazione | puntualità, rispetto dei principi di efficienza, efficacia, trasparenza ed economicità |

Tabella 17. Partecipazioni societarie

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

Tabella 18. Enti di diritto privato partecipati.

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

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

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

Collegamento con il ciclo della Performance

Il Piano Strategico aziendale 2022/2024 ha individuato le aree scientifiche prioritarie di attività dell'Istituto indicando l'anticorruzione come priorità trasversale per la corretta gestione dell'Organizzazione e la salvaguardia dei cittadini e dei portatori di interesse.

Nel corso dell'anno 2023 l'Istituto, come sempre, ha garantito una stretta interazione tra l'attività anticorruzione e la Performance attraverso l'inserimento di un obiettivo obbligatorio per ogni struttura in materia di anticorruzione.

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

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

2.3.5.4 Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione

Mappatura dei processi

L'Istituto per la mappatura dei processi ha utilizzato l'analisi del contesto esterno e di quello interno che restituiscono le informazioni necessarie per identificare il rischio corruttivo.

Sono state seguite le indicazioni contenute nel PNA 2019, negli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", ANAC 02/02/2022, nella UNI ISO 37001:2016 e nel PNA 2022 e 2023. È stata effettuata una revisione e un aggiornamento della mappatura dei processi pur non avendo registrato fenomeni corruttivi in occasione dei monitoraggi propedeutici agli audit esterni per la certificazione.

Tutta l'attività svolta dall'Ente è stata analizzata.

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

- la vendita di Antigeni di Stato "Antigene unico al Rosa Bengala per la Siero Agglutinazione Rapida", di "Tubercolina PPD Bovina" e kit ELISA poiché disciplinate da decreti ministeriali o da deroghe specifiche che vincolano sulle tariffe e stabiliscono gli acquirenti. I clienti sono di norma altri Istituti Zooprofilattici o Enti del Sistema Sanitario Nazionale;

- la vendita agli allevatori delle marche auricolari per grandi e piccoli ruminanti, poiché è un servizio svolto per conto del Ministero della Salute che ha istituito presso l'Istituto il centro servizi nazionale anagrafi degli animali. Le marche auricolari vengono stampate su ordine della ASL e successivamente inviate all'allevatore dietro pagamento di un corrispettivo. Il costo della marca è stabilito in base al prezzo di mercato che permette soltanto di coprire i costi di gestione. L'Istituto esegue semplicemente quanto richiesto dalla ASL;
- l'Azienda Agricola poiché è di modesta rilevanza commerciale e svolge un'attività marginale rispetto alle altre.

La mappatura dei processi è stata svolta con la collaborazione dei dirigenti di riferimento.

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

- identificazione;
- descrizione;
- rappresentazione.

Identificazione

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

Sono state individuate aree di processo generali e specifiche.

Le aree generali sono quelle richieste dalla legge tra cui:

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

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

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

Descrizione

La fase successiva all'identificazione dei processi, particolarmente rilevante e impegnativa, è stata quella di definire le attività e le fasi attraverso la loro descrizione.

Tale operazione è risultata indispensabile per identificare più agevolmente i rischi e quindi inserire le misure preventive.

Nel 2023 la descrizione è stata sottoposta a verifica e modificata in occasione dell'entrata in vigore del nuovo Codice degli appalti, del PNRR, del PNA 2023 e degli audit interni ed esterni.

Ogni anno la descrizione dei processi sarà revisionata e adattata ai mutamenti organizzativi.

Rappresentazione

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

2.3.5.5 Valutazione del rischio di corruzione

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

È importante sottolineare che un livello alto di rischio non va interpretato come indicativo di una forma di corruzione in atto poiché segnala una criticità "potenziale" di cui l'Ente assume adeguata e prudente consapevolezza e che si impegna a presidiare attraverso la pianificazione di opportuni interventi, nel quadro della strategia di prevenzione della corruzione.

La valutazione del rischio (Allegato n. 2 Tabella di Valutazione del rischio 2024/2026) si articola in tre fasi:

- identificazione;
- analisi;
- ponderazione.

Identificazione

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

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato in altre amministrazioni o enti simili;
- gli incontri e i confronti con i responsabili degli uffici e il personale;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT, dalla funzione di conformità e dal gruppo di lavoro;
- gli audit dell'Organismo di certificazione;

- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'ANAC per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre Amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa.

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

Analisi e ponderazione

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

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

2.3.5.6 Trattamento del rischio

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

Il trattamento del rischio si articola in due fasi:

- individuazione delle misure;
- programmazione delle misure.

Individuazione delle misure

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

Programmazione delle misure

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

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

2.3.5.7 Monitoraggio e riesame

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

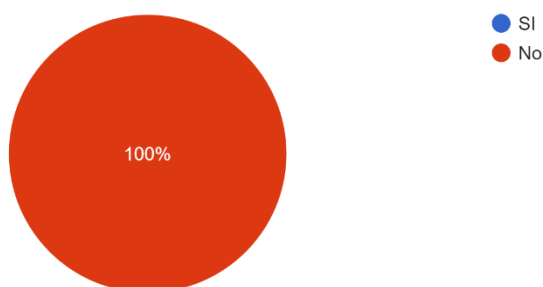
Il monitoraggio è indispensabile per valutare lo stato di attuazione delle principali misure previste nei Piani, per acquisire suggerimenti circa l'inserimento di nuove e per individuare eventuali criticità da correggere; costituisce l'indicatore per il collegamento tra le due sezioni del PIAO: anticorruzione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

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

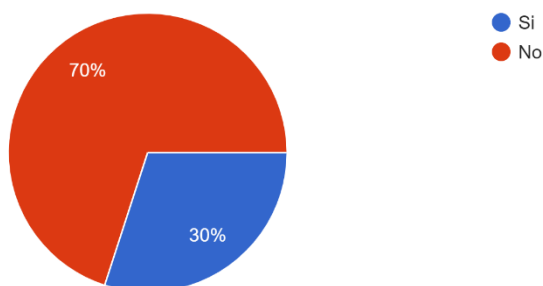
Risultati monitoraggio anticorruzione 2023

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

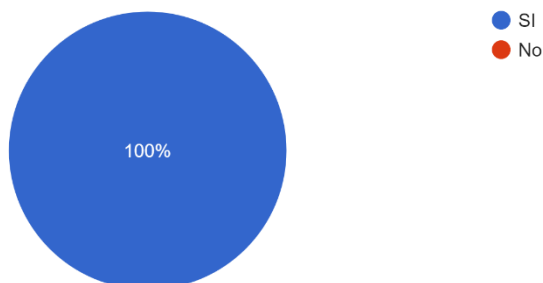
Si sono verificate situazioni di conflitto di interesse nel corso dell'anno 2023? Per il conflitto di interesse si rinvia al paragrafo 2.3.7.1 della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025
20 risposte



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

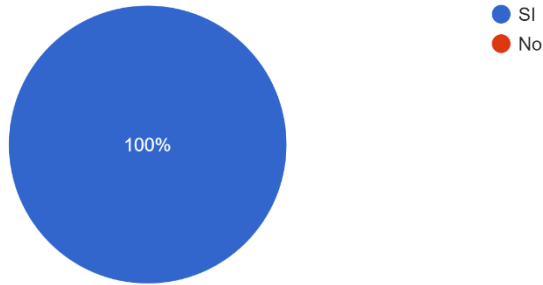


Se SI, è stato rispettato tutto quanto previsto nel Regolamento adottato dall'Istituto?
7 risposte



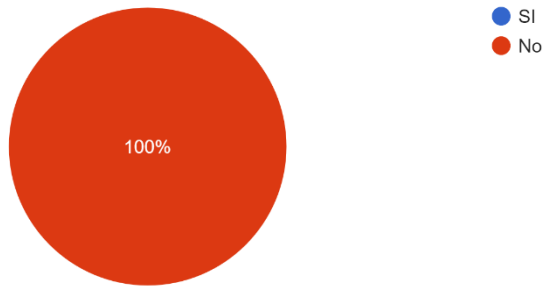
Sono state rispettate tutte le disposizioni previste nel Codice di comportamento?

20 risposte



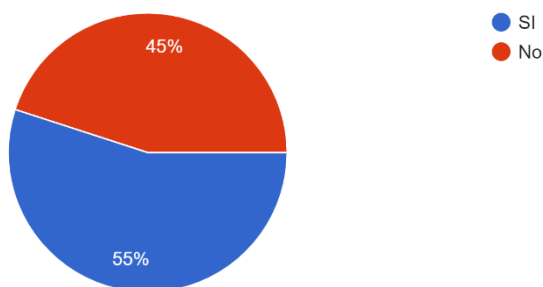
Sono stati attivati procedimenti disciplinari?

20 risposte



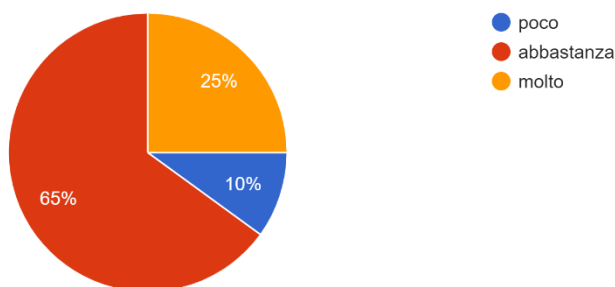
Sono stati frequentati eventi formativi con argomenti correlati all'Anticorruzione e alla Trasparenza?

20 risposte



E' interessato a frequentare un evento formativo in materia di anticorruzione e trasparenza?

20 risposte

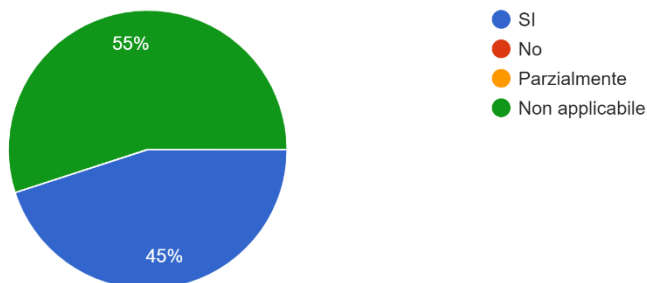


Alcuni dirigenti hanno suggerito argomenti da approfondire nel prossimo intervento formativo per migliorare l'attività di prevenzione della corruzione, in particolare: nuovo codice appalti, whistleblower, incarichi istituzionali ed extra istituzionali, armonizzazione PIAO in tutte le sue sottosezioni sia gli aspetti giuridici sia quelli informatici.

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

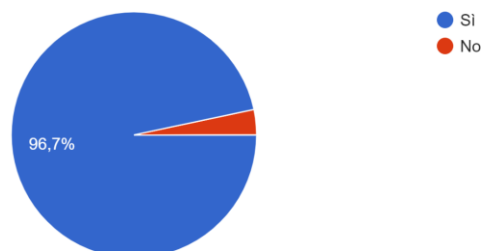
2023-2025? Il quesito è rivolto ai responsabili te...bblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente

20 risposte

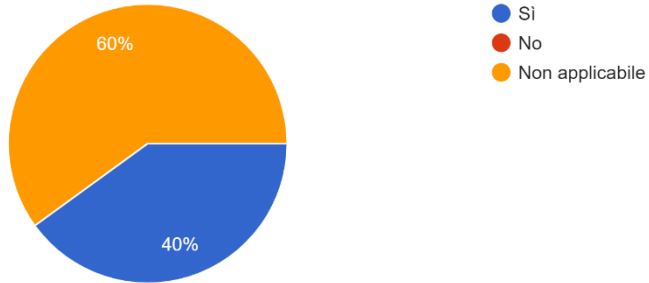


I sistemi informativi utilizzati in Reparto, a suo avviso, sono strumenti utili per la prevenzione della corruzione?

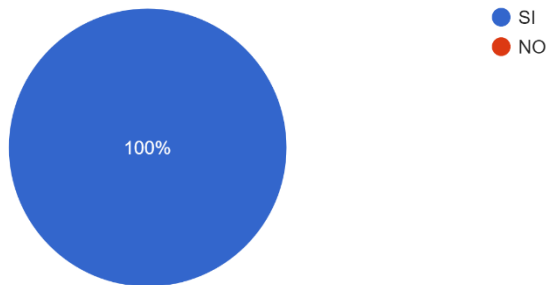
30 risposte



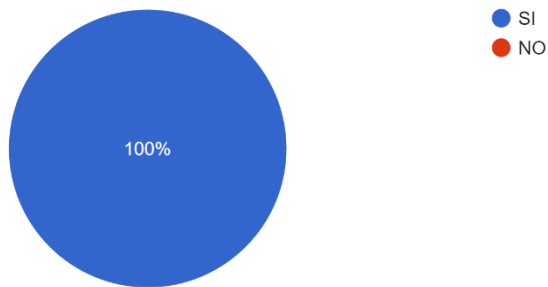
Per gli acquisti di prodotti ad elevato contenuto tecnico, ha applicato la misura anticorruzione prevista al paragrafo 2.3.7.1 della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025?
20 risposte



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

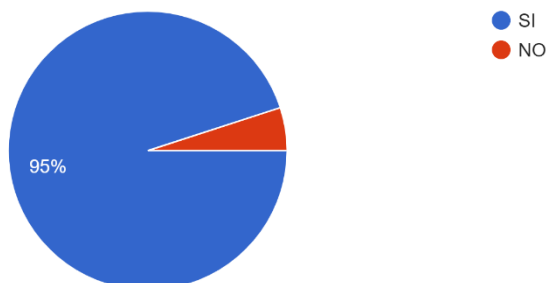


A suo parere i regolamenti aziendali sono utili per prevenire il rischio corruttivo?
20 risposte



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

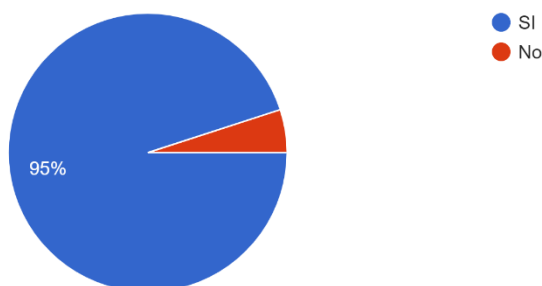
20 risposte



La risposta NO da parte di uno dei dirigenti che hanno compilato il questionario è un mero errore di inserimento. Il dirigente è attualmente in quiescenza.

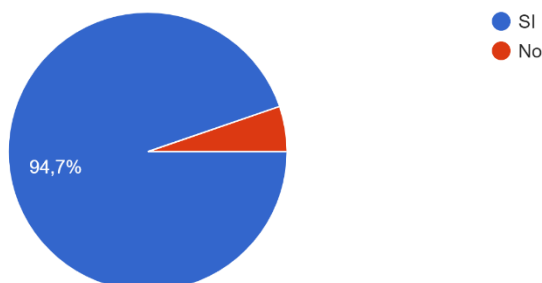
E' a conoscenza della incompatibilità successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage) che si applica ai casi di passaggio d... rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025

20 risposte



Ha sottoscritto le dichiarazioni relative alla due diligence? Si rinvia al paragrafo 2.3.7.1 della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025

19 risposte



È stato verificato presso gli uffici competenti se la risposta NO alla sottoscrizione della due diligence da parte di uno dei dirigenti fosse un errore di inserimento della risposta o effettivamente mancasse la dichiarazione. L'ufficio risorse umane ha prodotto la dichiarazione sottoscritta e la custodisce nei suoi archivi.

Consultazione e comunicazione

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

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

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

2.3.6 Leadership

2.3.6.1 Leadership e impegno

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

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

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

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

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

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

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

Anche nel 2023 le misure previste nel precedente Piano sono state sottoposte ad un monitoraggio generale. Le operazioni di controllo sono state svolte con la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti attraverso audit, questionari e verifiche documentali presso gli uffici. Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione risulta il vero obiettivo degli strumenti di anticorruzione, in quanto misura cosa è stato fatto, fornisce spunti per le attività di verifica, getta le basi per l'elaborazione della nuova sottosezione e, soprattutto, costituisce il punto di contatto con il ciclo della Performance.

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

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

2.3.6.2 Politica per la prevenzione della corruzione

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

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

2.3.6.3 Ruoli organizzativi, responsabilità ed autorità

Ruoli e responsabilità

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

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

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

Nel 2023 c'è stato un avvicendamento tra la Dott.ssa Mirella Ivana Cravero, responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, collocata in

quiescenza, e il Dott. Lucio Ambrosj che è stato nominato al suo posto con la delibera del CDA n.6 del 09/11/2023.

Con delibera n. 577 del 6/11/2023 è stata nominata la funzione di conformità per la prevenzione della corruzione, Avv. Mauro Mammana, in sostituzione della Dott.ssa Mirella Ivana Cravero. Della funzione di conformità fanno parte anche Vanessa Maria Mancini e Janet Verrocchio membri dei gruppi di lavoro nominati con deliberazioni del Direttore generale n. 529 del 21/09/2015 e n. 85 del 25.02.2016. La norma UNI ISO 37001:2016 prevede che la funzione di conformità venga costituita per la prevenzione della corruzione dalla Direzione dell'Ente ed ha la responsabilità e l'autorità per supervisionare la progettazione del sistema, fornire consulenza e guida al personale circa il sistema implementato, assicurare che il sistema sia conforme ai requisiti e per relazionare sulla prestazione del sistema stesso alla Direzione e al CDA. Essa ha la facoltà di riportare alla Direzione e al CDA le criticità relative ad atti di corruzione o violazioni del sistema di gestione.

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

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

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

- è destinatario delle istanze di accesso civico semplice e riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso civico generalizzato o di mancata risposta;
- riceve, prende in carico le segnalazioni e pone in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni di illecito ricevute (*Whistleblower*);
- sollecita l'individuazione del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA);
- vigila sul rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e di incompatibilità degli incarichi D.Lgs. 39/2013.

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

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

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

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

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

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

Nel 2023 la funzione di conformità ha erogato un corso di formazione di secondo livello in materia di anticorruzione e trasparenza, con un focus sulla norma UNI ISO 37001:2016, rivolto ai dipendenti dell'Ente impiegati nelle aree a maggior rischio e a coloro che ne abbiano fatto esplicita richiesta.

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

Il RPCT ha redatto la Relazione sui risultati dell'attività svolta nel corso del 2023 e pubblicata sul sito istituzionale. Di tale documento, indispensabile per una corretta valutazione dei parametri di efficienza ed efficacia del lavoro svolto, è stata data comunicazione ai soggetti indicati dalla legge.

I referenti del RPCT

Nel 2023 i dirigenti e i dipendenti hanno partecipato attivamente alle attività previste per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. Anche nel 2024 i dirigenti saranno tenuti a collaborare in qualità di referenti del RPCT per:

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

Nel corso del 2024 tutti i dipendenti del comparto e della dirigenza, unitamente al personale con contratto di collaborazione o di consulenza, ai volontari e dottorandi, dovranno rispettare le misure di prevenzione della corruzione.

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

Deleghe nel processo decisionale

Nella parte generale del PIAO sono presenti:

- l'organigramma dell'istituto;
- le deleghe specificamente attribuite, con particolare riferimento alle deleghe di spesa.

Si fa richiamo a quanto già descritto.

2.3.7 Pianificazione

2.3.7.1 Azioni per affrontare i rischi e opportunità

Conflitto di interessi

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

Il principale rimedio per evitare il rischio di comportamenti dannosi è l'astensione in caso di conflitto di interessi; con l'art.1, co. 41, della L. 190/2012 è stato introdotto

l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi.

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

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

L'Istituto ha posto grande attenzione al conflitto di interessi in particolare nella gestione del rischio, applicando tutte le misure previste dalla legge e da ultimo seguendo gli "Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022" dell'ANAC e il PNA 2022.

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

Nel 2023, il 100% dei dirigenti intervistati ha riferito nel monitoraggio annuale di non aver avuto né loro né il loro personale situazioni di conflitto neanche potenziale.

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

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

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

Conflitto di interessi in materia di contratti pubblici

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

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

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

Il RUP e il RPCT si raccordano per garantire il massimo controllo: il primo per la valutazione circa la sussistenza di conflitto, il secondo nella verifica dell'esistenza di presupposti di fondatezza del conflitto e per l'attuazione e l'idoneità delle misure previste per contrastarlo.

Nel 2024 l'Istituto, per le dichiarazioni di conflitto di interessi, continuerà ad applicare quanto previsto dalla normativa.

Due Diligence

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

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

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

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

La *due diligence* si attua in occasione di:

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

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

- *partnership* con istituti universitari o affini per l'istituzione di corsi di studio o per l'assegnazione di borse di studio;
- attività di natura privatistico-commerciale di valore superiore a € 40.000,00;

- iniziative di *fund raising*, sponsorizzazione o donazioni, attive o passive, che prevedano la raccolta o la dazione di fondi per importi superiori a € 40.000,00;
- acquisizione di nuove partecipazioni di maggioranza o di controllo in Enti pubblici o privati, o dismissione di tali partecipazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

Attività e incarichi istituzionali ed extra-istituzionali

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

istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o interferiscano con i compiti istituzionali.

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

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

Nel 2023 è stata verificata l'applicazione della misura di prevenzione specifica durante il monitoraggio anticorruzione: il 30% degli intervistati ha dichiarato di aver svolto incarichi istituzionali o extra-istituzionali, il 100% ha rispettato quanto previsto dal Regolamento dell'Istituto. Negli anni passati l'argomento è stato oggetto di formazione che ha coinvolto i dirigenti amministrativi, il personale delle aree a maggior rischio e coloro che hanno richiesto di partecipare.

Nel 2024 verranno svolte le attività di monitoraggio che andranno a valutare la corretta applicazione della misura.

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

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

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

In linea con quanto previsto dall'ANAC, per il 2024 l'Istituto continuerà a far sottoscrivere le dichiarazioni e a svolgere la sua attività di verifica a campione sulla sussistenza di eventuali procedimenti penali a carico dei soggetti cui intende conferire incarichi. Se all'esito della verifica dovessero risultare a carico del personale interessato dei procedimenti penali per delitti contro la PA, l'Istituto si asterrà dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione, applicherà le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. 39/2013 provvedendo a conferire l'assegnazione ad altro soggetto.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

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

La norma intende evitare che i dipendenti delle PA possano utilizzare il ruolo e la funzione ricoperti all'interno dell'Ente di appartenenza per concludere accordi illeciti

preordinati alla creazione di situazioni lavorative vantaggiose presso soggetti privati in seguito alla cessazione del rapporto di lavoro (*Pantouflage*).

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

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'Amministrazione potrebbe precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

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

Per quanto concerne i soggetti privati destinatari dell'attività della PA svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, nel PNA 2022 ANAC rinvia ad apposite linee guida (di prossima emanazione), precisando che:

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

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

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

Nel 2023 l'Istituto ha inserito in tutte le procedure previste dal Codice dei contratti pubblici, l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto.

Nel 2024 l'Istituto continuerà ad applicare la misura.

Patti di integrità negli affidamenti

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra Amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

La sottoscrizione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzata ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - gli impegni assunti rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - sia sotto il profilo del contenuto - l'impresa si impegna alla corretta esecuzione del contratto di appalto e a tenere un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

L'art. 1 comma 17 della L. 190/2012 dispone che "Le stazioni appaltanti possano prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca causa di esclusione dalla gara".

Quanto sopra viene ribadito dall'ANAC, da ultimo, nel PNA 2019 e nei successivi aggiornamenti, in cui viene stabilito che le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1 comma 17 della L. 190/2012, di regola, predispongono ed utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, le PA inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. L'Istituto ha redatto lo "schema di patti di integrità" che viene adottato nei casi previsti dalla normativa. La mancata sottoscrizione del patto costituisce elemento di esclusione del concorrente o nel caso di violazione di risoluzione del contratto.

Nel 2024 il RPCT continuerà a vigilare sul rispetto di quanto previsto dalla legge e ad applicare la misura ove necessario.

Formazione

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

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

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

La formazione è considerata dall'Ente come una delle principali misure di contrasto a possibili casi di corruzione. Per questo motivo e tenuto conto del percorso di certificazione UNI ISO 37001:2016 che l'IZS ha intrapreso, la formazione specialistica

continuerà ad essere uno strumento principe per aumentare la consapevolezza del personale in servizio.

Alla luce di queste considerazioni, nel 2023 è stato realizzato l'evento formativo dal titolo: "Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione: la norma ISO 37001" un corso avanzato, utile ai fini dell'approfondimento della conoscenza della norma ISO che attualmente rappresenta lo standard più avanzato in materia di sistemi anticorruzione a cui hanno partecipato il personale afferente alle aree a maggior rischio corruzione.

Nel Piano di formazione 2024, in via di definizione, ci sarà spazio per la pianificazione di ulteriori attività formative specifiche.

Trasparenza

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

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

Nell'Obblighi di Pubblicazione (**Allegato n. 3 Obblighi di Pubblicazione**) è stata rivista e aggiornata la tabella di pubblicazione obbligatoria dei dati e delle informazioni su Amministrazione Trasparente con i nuovi record previsti dal PNA 2023 e la delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023 che ha aggiornato e integrato la delibera n. 264 del 20 giugno 2023 riguardante la trasparenza dei contratti pubblici e gestione dei fondi del PNRR.

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

Nel corso del 2024 l'Istituto pubblicherà i dati utilizzando la nuova tabella e continuerà a dare attuazione alle disposizioni normative con il coinvolgimento di tutti i referenti individuati nel Trasparenza.

Codice di Comportamento

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

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

Il Codice incentiva l'adozione di corretti comportamenti atti ad aumentare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa e, soprattutto, prevenire fenomeni corruttivi ed

evitare ogni situazione in cui potrebbe riscontrarsi l'abuso o il misuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato.

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

L'argomento è stato più volte oggetto di formazione specifica. Nel 2024 i dirigenti continueranno a vigilare sul rispetto del Codice e ne promuoveranno la diffusione a tutto il personale.

Rotazione ordinaria del personale

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

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

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

L'Istituto in ottemperanza a quanto previsto dalla legge e dai PNA si è dotato del "Regolamento sulla rotazione del personale" e del "Regolamento per l'affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali". La rotazione del personale del comparto

è assicurata dalla mobilità interna che si realizza secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

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

Nel 2023 la Direzione dell'Ente ha iniziato un processo di riorganizzazione dell'Ente che si concluderà nel 2024, al termine della quale verranno attribuiti gli incarichi dirigenziali, operando una rivalutazione e una rotazione degli incarichi attualmente ricoperti.

Rotazione straordinaria del personale

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

Nel 2024 l'Istituto ricorrerà all'applicazione della misura di rotazione straordinaria nel caso in cui dovessero verificarsi le condizioni descritte; resta fermo l'obbligo per tutto il personale dell'Ente di comunicare senza ritardo l'avvio di procedimenti penali per reati di natura corruttiva a proprio carico.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

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

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

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

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

L'Istituto non ha mai ricevuto segnalazioni.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

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

controllo pubblico, le cariche in enti privati regolati o finanziati ed i componenti di organi di indirizzo politico.

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

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

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

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

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

Nel 2024 tutti i soggetti coinvolti continueranno ad applicare correttamente la misura descritta.

Prevenzione nel settore dei contratti pubblici

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

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

L'Istituto ha sempre provveduto ad adeguarsi alle novità normative ed in particolare a rafforzare il sistema dei controlli nel settore dei contratti continuando ad applicare i sistemi di prevenzione come il Piano Strategico Triennale degli Investimenti, il Programma Triennale dei lavori ed il programma biennale dei beni e dei servizi. Sono stati svolti gli audit interni ed esterni per la verifica del rispetto delle procedure, la corretta gestione dell'albo fornitori, l'accessibilità on line alla documentazione di gara,

L'adozione di particolari tutele per l'archiviazione e la conservazione degli atti di gara, la nomina delle commissioni secondo norme di legge, l'adeguata motivazione nelle deliberazioni/determinazioni a contrarre in ordine sia alla scelta delle procedure sia alla scelta del sistema di affidamento adottato, la pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente di tutti i dati relativi ai contratti.

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

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

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

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

Dal 2022 l'IZS ha iniziato ad attuare la *due diligence* dei fornitori, come richiesto dalla norma UNI ISO 37001:2016, che costituisce una misura ulteriore particolarmente utile a prevenire situazioni di rischio poiché valuta l'operatore economico prima di qualsiasi affidamento.

Anche nel 2024 l'Istituto si impegnerà a garantire ai dipendenti del reparto, percorsi e programmi di formazione, anche specifici e settoriali, con cadenza periodica affiancata a percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione.

Regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari

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

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

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

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

Analizzate le casistiche del 2023, si è deciso di non considerare tale misura poiché per la natura degli incontri non è stato rilevato alcun rischio corruttivo specifico. L'Istituto, infatti, eroga per i portatori di interessi particolari servizi di formazione e analisi che vengono gestiti e regolati dalle procedure e misure previste per le suddette attività e

descritte nel presente documento. Altre attività vengono svolte su incarico dei Ministeri e delle Regioni.

Applicazione del Sistema Qualità

Le attività di laboratorio sono sottoposte a rigorosi controlli di qualità. Sin dal 1995, con tre anni di anticipo sulla data imposta dall'Unione Europea, l'Istituto è stato accreditato dal Sinal rispondendo ai requisiti della EN 45001 ed è stato il primo Ente Pubblico Sanitario in Italia ad essere accreditato secondo le norme internazionali per la gestione dei Sistemi qualità. L'accreditamento delle prove eseguite dall'Istituto è stato, nel tempo, sempre mantenuto sia in relazione agli aggiornamenti della norma ISO 17025 (ex EN 45001) che della istituzione dell'Ente Italiano di accreditamento Accredia. A seguito della revisione della Norma ISO17025:2018 l'Istituto ha superato con successo il riaccreditamento anticipando di un anno i tempi di transizione per l'applicazione della nuova revisione della norma concordati a livello Europeo.

Nel 2004 è stata certificata secondo la ISO 9001 anche l'attività di formazione svolta dall'Istituto, sia erogata in forma residenziale che in e-Learning. Nel 2016 le attività di formazione sono state certificate nel rispetto dei requisiti della norma ISO 9001:2015, anticipando di due anni il raggiungimento dell'obiettivo della certificazione con la norma di nuova revisione. Nel 2020 la certificazione ISO 9001 è stata estesa anche all'area di progettazione, che si occupa dei progetti di ricerca scientifica in ambito veterinario e di igiene degli alimenti, e sono stati certificati anche i corsi erogati tramite web-conference.

La qualità per l'Istituto è la capacità di assicurare servizi ad elevato valore aggiunto in grado di rispondere con efficacia ed efficienza alle esigenze dei clienti esterni ed interni e, in questa ottica, il Sistema Qualità dell'Istituto è considerato strumento essenziale di gestione e di governo aziendale.

I suoi obiettivi sono:

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

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

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

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

L'attività di realizzazione di Sistemi di gestione è stata perseguita anche nel 2022 e 2023 e con grande soddisfazione, all'inizio del 2023 l'Istituto ha ottenuto la certificazione del sistema anticorruzione da CertiQuality secondo la UNI ISO 37001:2016, la norma internazionale per i sistemi di gestione anticorruzione. Nel 2024 l'Ente si sottoporrà all'audit per il 1° mantenimento della certificazione.

Nel 2024 l'Istituto continuerà a lavorare secondo i requisiti della qualità e degli altri Sistemi di Gestione considerando la valutazione dei rischi come strumento di miglioramento e valutando con i riesami della Direzione tutti gli spunti utili anche per l'attuazione di modifiche organizzative o di miglioramento dei processi in atto.

Controllo di Gestione

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

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

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

Per proseguire l'attività di controllo e per migliorare il supporto a tutte le strutture dell'Ente tra gli obiettivi specifici del Piano strategico 2022/2024, il Controllo di Gestione ha inserito l'obiettivo specifico di "Reingegnerizzare il Sistema di contabilità analitica per rendere pubblici in rete gli stati di avanzamento di progetti e attività specificatamente finanziati" in riferimento all'obiettivo specifico 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi

informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica.

Sistemi informativi

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

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

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

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

Nel 2024 l'Istituto continuerà a sviluppare nuove infrastrutture digitali, potenziare e migliorare quelle già esistenti e formare il personale sul loro utilizzo.

Acquisto prodotti ad elevato contenuto tecnico

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

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

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

Anche nel 2024, come negli anni passati, i Responsabili continueranno a collaborare con l'unità acquisti e gestione tecnica, applicando la misura preventiva specifica.

Ulteriori misure di prevenzione

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

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

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

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

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

Nel 2024 si continueranno ad utilizzare i programmi adattandoli, ove necessario, alle nuove esigenze che dovessero presentarsi.

Per la gestione del magazzino si utilizzano sistemi informativi in rete che permettono il monitoraggio degli ordini e delle scorte in giacenza. Tali strumenti sono indispensabili per il controllo che viene puntualmente effettuato dal responsabile del servizio al fine di scongiurare sprechi o furti. Nel 2024 si continueranno ad utilizzare i programmi adattandoli, ove necessario, alle nuove esigenze che dovessero presentarsi.

L'inventario dell'hardware e dei software rappresenta uno strumento indispensabile per il controllo del patrimonio dell'Ente al fine di evitare furti, danneggiamenti o sottrazione di beni. Nel 2024 i responsabili del servizio continueranno a controllare la regolare gestione delle risorse.

Il Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD per il conferimento degli incarichi legali utilizza un "Avviso pubblico per la formazione di un albo interno di avvocati per affidamenti incarichi legali". Questo è lo strumento per rispondere all'esigenza di maggior trasparenza nell'affidamento e per garantire la rotazione così come prevista dal codice previgente. Si tratta di un elenco di esperti sempre "aperto" cui si attinge selezionando cinque legali in base al loro settore di attività e scegliendo sulla base del curriculum e del preventivo di spesa.

Nel 2023 l'Ufficio Legale ha fatto transitare i legali iscritti nel suddetto elenco all'albo fornitori *e-procurement* dell'Ente ed hanno, quindi, sottoscritto la *due diligence* prevista dalla norma UNI ISO 37001:2016. Questo ha consentito di uniformare le piattaforme in uso evitando duplicazioni, ha facilitato le pubblicazioni della trasparenza e ha consentito il passaggio alla fatturazione elettronica dei legali.

Nella sede centrale viene regolarmente effettuato il controllo degli accessi degli esterni da parte di personale dedicato a tale attività. Viene in tal modo identificato e registrato ogni utente/cliente che entra nelle strutture dell'Ente e ne viene seguito il percorso fino alla sua destinazione finale. In tal modo si garantisce la tracciabilità di ogni possibile comportamento illecito, sabotaggio o furto. Nel 2024 si continuerà ad effettuare il controllo degli accessi.

L'attività di gestione delle agende dei Direttori è stata puntualmente mappata per valutare il livello di rischio plausibile in relazione alla possibilità di divulgazione di informazioni riservate per scopi illeciti. Per limitare al massimo il profilo di rischio richiamato è stata incrementata l'informatizzazione di tutte le procedure relative alla gestione dell'attività in modo da avere l'accesso controllato alle agende. Nel 2024 si continuerà a vigilare circa la regolare gestione delle agende e si continueranno ad utilizzare i sistemi informativi adattandoli, ove necessario, alle nuove esigenze.

La corretta gestione dei flussi informativi assegnati per competenza e visione ai Direttori rappresenta un punto critico, in ragione dell'importanza delle informazioni ivi contenute (cui potrebbero essere interessati soggetti terzi). Le misure individuate per prevenire il rischio sono il maggior utilizzo possibile di sistemi informativi e la massima attenzione al rispetto del Codice di Comportamento dei dipendenti. Nel 2024 si continueranno ad applicare le misure previste.

L'Istituto in aggiunta ai suoi compiti istituzionali descritti nel paragrafo funzioni, nel rispetto della normativa vigente, stipula convenzioni o contratti di consulenza per la fornitura di servizi e per l'erogazione di prestazioni a pagamento ad enti, associazioni, organizzazioni pubbliche e private, assicurando la prevalenza dell'attività ordinaria. In questa fattispecie rientra l'attività di analisi per soggetti privati che si sottopongono ad attività di autocontrollo aziendale. Le misure di prevenzione già individuate sono state ritenute idonee per fronteggiare eventuali rischi di corruzione. Le analisi rappresentano una delle *core activities* dell'Istituto, i possibili rischi ad essa legati sono derivanti principalmente da situazioni che potrebbero dare vita a conflitto di interessi. In particolare è stata tenuta in considerazione la funzione svolta dall'Ente nella doppia veste di attività analitica istituzionale ed attività in autocontrollo svolta per privati. Per prevenire il rischio vengono adottate misure generali (formazione specifica del personale, sottoscrizione delle dichiarazioni e rispetto del Codice di Comportamento) e specifiche: l'uso di sistemi informativi di gestione dei campioni che ne garantiscono il totale anonimato e la separazione delle funzioni svolte dal personale nelle varie fasi (pre-analitica, analitica e post-analitica). La validazione dei risultati per questo motivo è delegata ai soli Responsabili che non hanno effettuato le analisi. Ulteriori misure poste a presidio sono la sottoscrizione della Due diligence al momento della richiesta di convenzione necessaria anche per evitare il conflitto di interessi, applicazione del tariffario approvato dalle Regioni per le prestazioni erogate a titolo oneroso (ferma restando la gratuità di quelle rese alle Aziende Sanitarie), tenuta di una gestione contabile separata. Il processo analitico viene svolto in un laboratorio all'avanguardia e dotato di tutte le caratteristiche di biosicurezza richieste. Nel 2024 continueranno ad essere utilizzate le misure individuate per la prevenzione di fenomeni corruttivi.

L'Istituto è dotato di un parco automezzi ad uso della Direzione e dei dipendenti, i possibili rischi connessi alla gestione del servizio sono legati all'uso improprio dei mezzi e delle carte carburante per attività non istituzionali o a fini personali. Il rischio viene prevenuto con l'uso di un applicativo informatico che registra le prenotazioni e i rientri delle vetture; tale strumento permette di effettuare controlli sulla congruità attraverso un puntuale riscontro tra i chilometraggi, le destinazioni dichiarate e i consumi. Il software è collegato a quello per la gestione delle missioni e questo consente un'attenta verifica su quanto dichiarato dai lavoratori. Nel 2024 il responsabile, attraverso l'uso del software, monitorerà che gli automezzi vengano utilizzati correttamente.

La foresteria dell'Istituto dà ospitalità a coloro che svolgono temporaneamente le loro attività presso l'Ente. Al fine di prevenire eventuali usi impropri è stato redatto un Regolamento a cui ci si atterrà anche nel corso del 2024.

2.3.8 Trasparenza

2.3.8.1 Ruolo e responsabilità del RPCT e dei dirigenti

Il RPCT collabora con i Dirigenti degli uffici individuati nella tabella allegata alla presente sottosezione (Allegato n. 3 Obblighi di pubblicazione) aggiornata come previsto nel D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..

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

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

[Amministrazione Trasparente](#)

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

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

2.3.8.2 Qualità delle informazioni, dati aperti e riutilizzo

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

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

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

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

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria sono riutilizzabili ai sensi della normativa in vigore, con l'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

La tabella relativa agli obblighi di pubblicazione viene costantemente aggiornata in occasione di modifiche normative o di riorganizzazione dell'Ente o di assegnazione di incarichi. L'aggiornamento è condiviso con tutti i responsabili e ne viene data ampia diffusione.

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

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

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

Nel 2023 il RPCT ha effettuato due monitoraggi semestrali sulla totalità dati pubblicati in Amministrazione Trasparente: i risultati di tale attività sono stati prontamente comunicati ai Responsabili. Inoltre, sono stati fatti più monitoraggi specifici sui dati oggetto di attestazione da parte dell'OIV.

Il gruppo di lavoro ha fornito il massimo supporto ai Reparti per superare le criticità riscontrate in particolar modo durante il processo di automazione della pubblicazione.

Nel 2024 si continuerà a svolgere l'attività di controllo come previsto dalla normativa con verifiche periodiche.

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

Nel 2023 il controllo effettuato dall'OIV sugli obblighi di pubblicazione ha avuto esito positivo ed è stata rilasciata l'attestazione e pubblicata sull'interfaccia Amministrazione Trasparente.

Nel 2024 si continuerà a collaborare con l'OIV nello svolgimento della sua attività di controllo.

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

Nel 2023 non è pervenuta alcuna richiesta di accesso civico.

2.3.8.4 Accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato

L'art. 5 comma 1 del D.Lgs. 33/2013 ed il D.Lgs. 97/2016 disciplinano il diritto di accesso civico semplice quale diritto riconosciuto a chiunque, senza obbligo di motivazione e senza alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva, di chiedere la pubblicazione dei documenti, delle informazioni o dei dati soggetti a pubblicazione, nei casi in cui tale pubblicazione sia stata omessa o sia parziale. L'accesso civico si esercita attraverso una richiesta volta ad ottenere la corretta pubblicazione dei dati rilevanti *ex lege* da pubblicare all'interno del sito Amministrazione Trasparente dell'Istituto.

L'art. 5 comma 2 del D.Lgs. 33/2013 ed il D.Lgs. 97/2016 - che ha introdotto in Italia il *Freedom of Information Act* (FOIA) - disciplinano il diritto di accesso civico

“generalizzato” che sancisce il diritto di chiunque di accedere ai dati e documenti detenuti dall’Istituto, ulteriori rispetto a quelli sottoposti a obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall’art. 5-bis del D.Lgs. 33/2013.

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

Nel 2024 si continuerà ad utilizzare il Regolamento, ormai pienamente operativo e a tenere aggiornato il registro degli accessi.

2.3.8.5 Dati ulteriori

Nella sezione sono state inserite informazioni non contemplate nel D.Lgs. 33/2013 e s.m.i..

La pagina verrà ulteriormente incrementata anche sulla base di eventuali suggerimenti del personale dell’Ente e degli stakeholder.

2.3.8.6 Trasparenza e protezione dei dati personali

L’articolo 1 comma 2 del D.Lgs. 33/2013 vuole che la trasparenza rispetti tutte le disposizioni in materia di protezione dei dati personali, così come novellate dal Regolamento (UE) del 27/04/2016 n. 679 “*General Data Protection Regulation*” (di seguito Regolamento) e dal D.Lgs. 101/2018 che modifica il Codice Privacy (D.Lgs. 196/2003). L’Istituto è tenuto, inoltre, al rispetto del Regolamento (EU) n. 1725/2018 concernente la tutela delle persone fisiche in relazione al trattamento dei dati personali da parte delle istituzioni e degli organismi comunitari, nonché la libera circolazione di tali dati.

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

Negli anni il personale dell’Istituto ha seguito percorsi di formazione in tema di trattamento dei dati personali differenziati (livello base, dedicato e avanzato) a seconda delle esigenze formative dei partecipanti.

L’Istituto ha provveduto, inoltre, all’aggiornamento del Registro delle attività del Titolare del trattamento, predisposizione di regolamenti e piani di lavoro, avviata e conclusa la procedura di autorizzazione a trattare i dati personali degli amministratori di sistema e degli incaricati, predisposizione di specifiche procedure operative standard, ecc.

L’Istituto si è dotato di un organigramma privacy composto dal gruppo di lavoro Privacy trasversale in ordine alle competenze possedute dai componenti, dall’Unità

Operativa Privacy e protezione dei dati personali sotto la diretta responsabilità del titolare del trattamento e dal gruppo dei referenti nominati per ogni struttura per consentire una sistematica e organizzata gestione del sistema. Tale organizzazione ha il compito di gestire il sistema, di diffondere la cultura della Privacy e agevolare la trasmissione delle conoscenze tra i reparti. Tale sistema è collegato al ciclo della Performance; l'Istituto ha individuato, infatti, degli obiettivi strategici triennali: la certificazione del sistema e la partecipazione a eventuali bandi nazionali regionali e europei. Nel 2023 è stato nominato il nuovo DPO dell'Ente: l'Avv. Luca Gentile.

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

Di seguito si riporta un elenco degli adempimenti che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e gli altri soggetti operanti in Istituto dovranno portare a compimento nel corso dell'anno. (Tab.22).

Tabella 19 Adempimenti anticorruzione - anno 2024

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

Sezione 3 – Organizzazione, Capitale Umano

3.1 Sottosezione di programmazione: Il Fabbisogno del personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (di seguito “PTFP”), relativo al triennio 2024-2026, scaturisce dalla analisi scientifica delle strategie, delle attività e delle competenze dell’Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell’Abruzzo e del Molise (di seguito “IZS-Teramo”) nel suo complesso e nelle relative articolazioni ed è finalizzato a consolidare e rafforzare capacità, professionalità e status nazionale ed internazionale dell’Ente. In tale ottica, obiettivo precipuo del documento è di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell’IZS-Teramo alla luce degli scenari tecnico-scientifici, dell’orientamento strategico legato alla Salute Unica (“One Health”) e del quadro normativo di riferimento con particolare attenzione al rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

3.1.1 Quadro normativo

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

Il documento è redatto inoltre in attuazione e in coerenza con gli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 30 marzo 2002, n. 165 che individuano nel PTFP lo strumento finalizzato a ottimizzare l’impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini. Con D.M. del 8 maggio 2018 sono state definite le linee di indirizzo per la predisposizione del piano alle quali il presente documento si attiene. Il documento costituisce una sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Sul piano del contenimento della spesa l’IZS-Teramo si conforma rigorosamente al limite previsto dall’articolo 2, comma 71, della L. 191/2009, richiamato dall’art. 11 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, che vincola la spesa complessiva del personale, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti, a quella sostenuta nel corso del 2004 diminuita dell’1,4%. Tale scelta è stata confermata anche a seguito del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (c.d. “Decreto Calabria”) che, all’art. 11, ha dettato disposizioni per il contenimento della spesa del personale relative agli “Enti del Servizio Sanitario Nazionale delle Regioni”, sancendo modalità incrementalistiche rispetto all’originario limite di spesa legate alla situazione regionale. La suddetta norma non è riferita né sul piano letterale né tantomeno su quello sostanziale agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali i quali non possono essere classificati come “Enti regionali” ma hanno una connotazione nazionale e biregionale a livello organizzativo, delle attività e soprattutto in relazione alla fonte di finanziamento.

Il PTFP costituisce, proprio per intima ratio, uno strumento flessibile soggetto a revisione alla luce dell’evoluzione del contesto normativo.

3.1.2 Modalità di redazione

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale finalizzato ad orientare l’andamento assunzionale conformandolo ed adattandolo alle mutevoli esigenze organizzative, normative e funzionali.

Il documento è stato redatto in coerenza con quanto previsto dai richiamati documenti organizzativi, delle esigenze manifestate dai Dirigenti delle diverse strutture in relazione alle competenze assegnate, delle strategie operative così come definite dalle linee strategiche approvate dall’organo di indirizzo politico ed infine alla luce degli obiettivi individuati dal piano della performance. Orizzonte di riferimento è

il recente atto di riorganizzazione dell'Ente approvato dalle Regioni Abruzzo e Molise giusta delibera della Giunta regionale dell'Abruzzo n. 793 del 22 novembre 2023.

3.1.3 L'IZS-Teramo e il relativo personale

I grafici 1, 2 e 3, descrivono l'andamento e la composizione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e per la finalità della Piramide (all'art. 1, commi 422-434 della Legge 205/2017) nel triennio 2021-2023.

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

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

Grafico 1 - Andamento del personale a tempo indeterminato e determinato e il personale della Piramide – anni 2021-2023

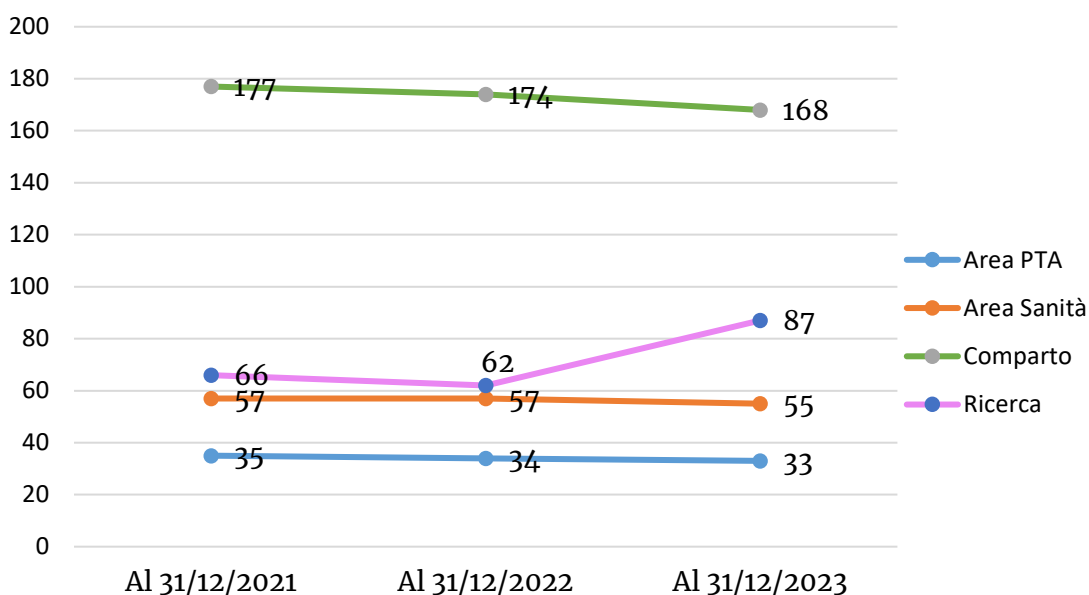


Grafico 2 - Composizione del personale per genere – anni 2021-2023

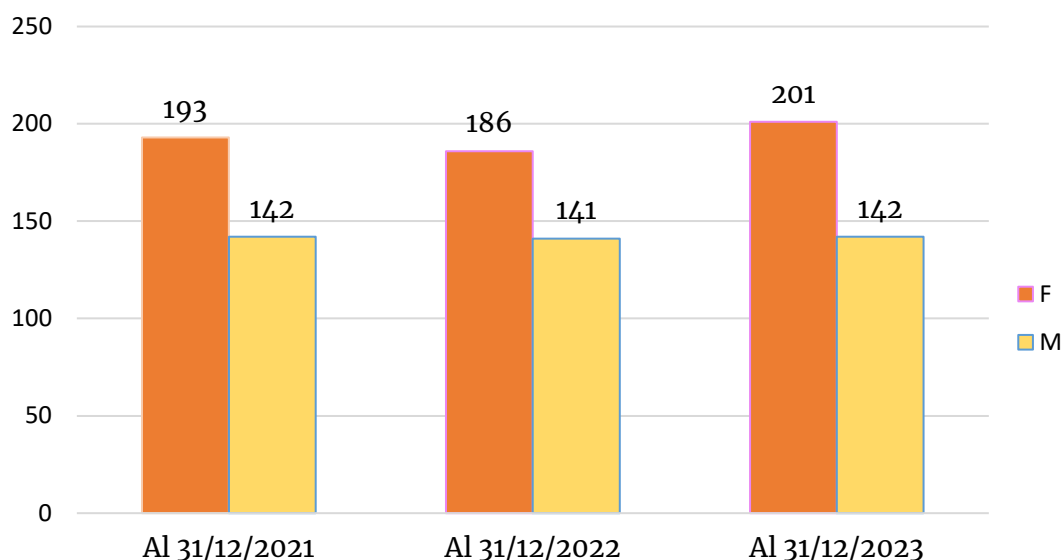
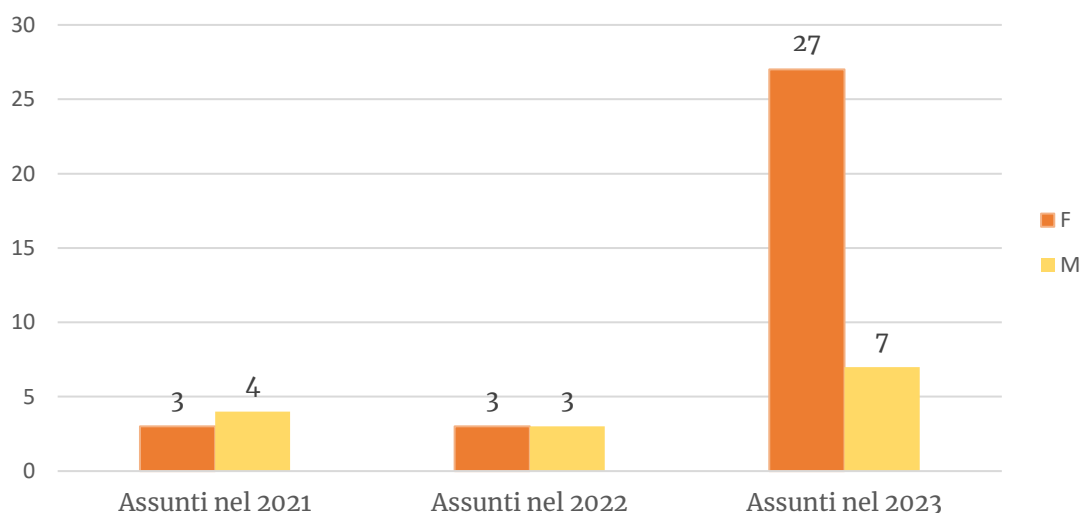


Grafico 3 Personale neo assunto per genere – anni 2021-2023



3.1.4. Programmazione delle assunzioni 2024-2026

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

L'area dei servizi amministrativi è oggetto di una politica di potenziamento e adeguamento legata alla mutata dimensione dell'IZS-Teramo negli ultimi anni nonché

all'esigenza di compensare il rilevante turnover intervenuto, in particolare nel segmento dirigenziale, nel 2023.

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

Il documento tiene ovviamente conto del turnover del personale già programmato e che inciderà in misura rilevante in particolare negli anni 2024 e 2026 privando l'Istituto di alcune figure portanti che andranno debitamente e tempestivamente sostituite. (Tabelle 23, 24 e 25).

Tabella 23. Piano triennale dei fabbisogni del Personale a tempo indeterminato 24/26

| ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO | TOTALE 24/26 | ANNO 2024 | | ANNO 2025 | | ANNO 2026 | |
|---|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | | stima mesi assunzione | numero posti | stima mesi assunzione | numero posti | stima mesi assunzione | numero posti |
| Dirigente Veterinario Struttura Complessa | 5 | 6 | 3 | 12 | 1 | 1 | 1 |
| Dirigente Veterinario | 4 | 7 | 3 | 0 | 0 | 5 | 1 |
| Dirigente Sanitario | 6 | 6 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Dirigente Amministrativo | 2 | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Collaboratore Tecnico professionale | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tecnico di Laboratorio Biomedico | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Dirigente Area Tecnica | 3 | 7 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Assistente Informatico | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Assistente Amministrativo | 6 | 1 | 5 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| Assistente Tecnico | 2 | 4 | 1 | 8 | 1 | 0 | 0 |
| Operatore Tecnico | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE | 34 | 47 | 25 | 31 | 6 | 7 | 3 |

Tabella 24 Copertura ex art. 3ter D.L. 10/5/2023, n. 51

| | stima mesi | numero |
|--|------------|--------|
| Ricercatori Sanitari | 10 | 29 |
| Collaboratori Professionali di Ricerca Sanitaria | 10 | 26 |

Tabella 25. Piano triennale dei fabbisogni del Personale a tempo determinato 22/24

| ASSUNZIONI TEMPO DETERMINATO | Numero posti |
|-------------------------------------|---------------------|
| Dirigente Veterinario | 2 |
| Dirigente Sanitario | 2 |
| Dirigente Informatico | 8 |
| Dirigente Area Tecnica | 2 |
| Dirigente Amministrativo | 1 |
| Ricercatore Sanitario | 4 |
| Collaboratore di Ricerca Sanitaria | 2 |
| Tecnico di Laboratorio | 2 |
| Collaboratore Amm.vo | 4 |
| Programmatore | 1 |
| Assistente Tecnico - Perito Chimico | 2 |
| TOTALE | 30 |

L'attuazione del PTFP immetterà nuove risorse che potranno contribuire allo sviluppo competitivo interno ed esterno. Uno degli obiettivi strategici per prossimo futuro, predefiniti nel Piano Strategico dell'Ente e attualmente in fase di studio, è la riorganizzazione.

3.2 Sottosezione di programmazione L'organizzazione del Lavoro Agile

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

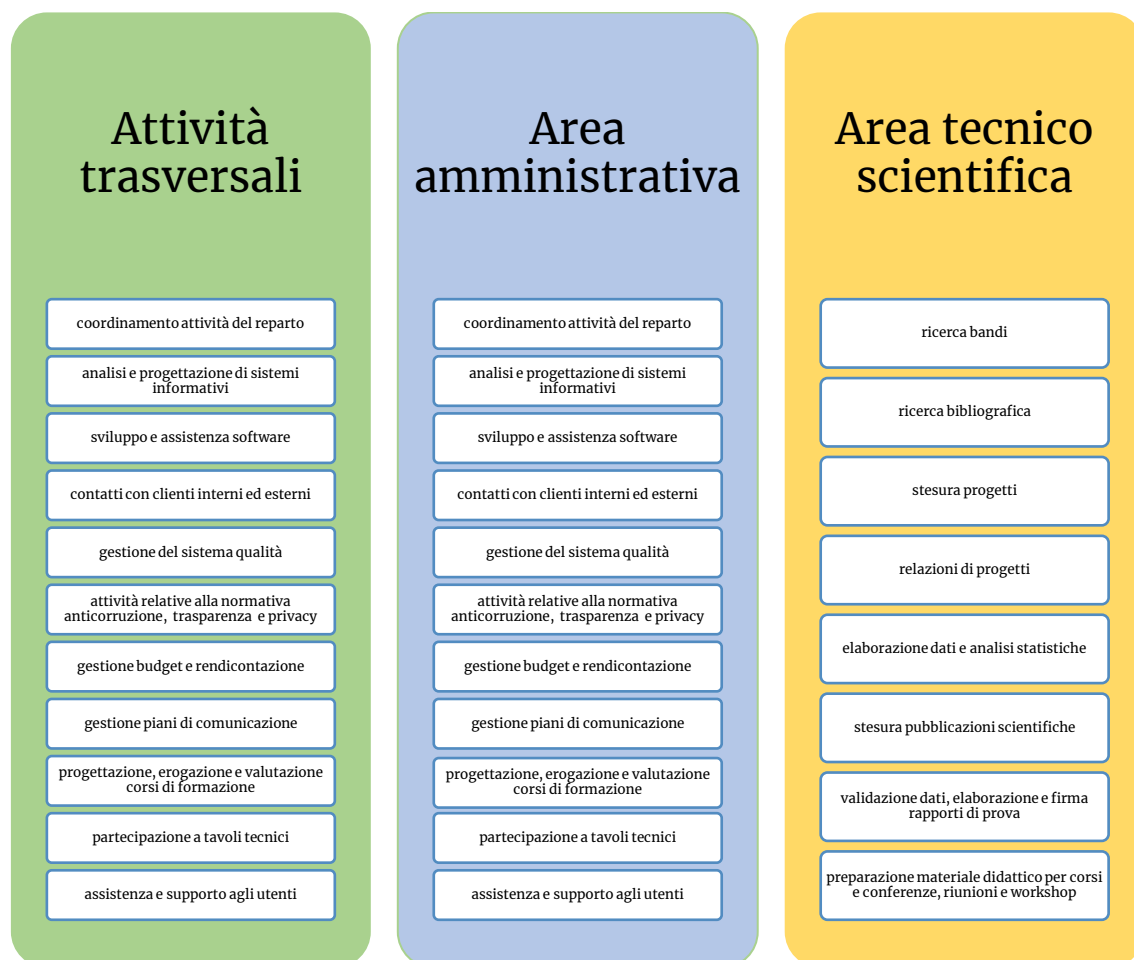
Analizzando la diffusione del lavoro a distanza tra il personale dell' Ente si osservano tre periodi: a) fase pre-pandemia il lavoro non era stato applicato concretamente; b) in fase emergenziale è stato organizzato e concesso a tutti i lavoratori addetti ad attività compatibili e c) nell'attuale fase, attraverso l'apprendimento esperienziale, l'organizzazione del lavoro ha subito ulteriori modifiche e il lavoro agile è diventato una modalità di lavoro ordinaria nel rispetto delle disposizioni legislative in materia, con deliberazione del Direttore Generale n. 264 del 3 giugno 2022 è stato adottato il Regolamento sul lavoro agile.

Il Regolamento sul lavoro agile è visualizzabile al seguente indirizzo:

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

La richiesta di rinnovo dell'accordo individuale per il lavoro agile ha scadenza annuale in Istituto e, sia nell'anno 2022 e sia nel 2023 e i Responsabili dei Reparti, prima di richiedere la stipula del contratto per i dipendenti sotto la loro responsabilità, hanno indicato su uno schema dal titolo: "Piano operativo delle attività compatibili con il lavoro agile" quali erano i processi lavorativi che potevano essere svolti a distanza. Le attività idonee al lavoro agile sono uguali nel 2022 e 2023. (Fig. 7)

Figura 7. Attività idonee al lavoro agile.



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

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

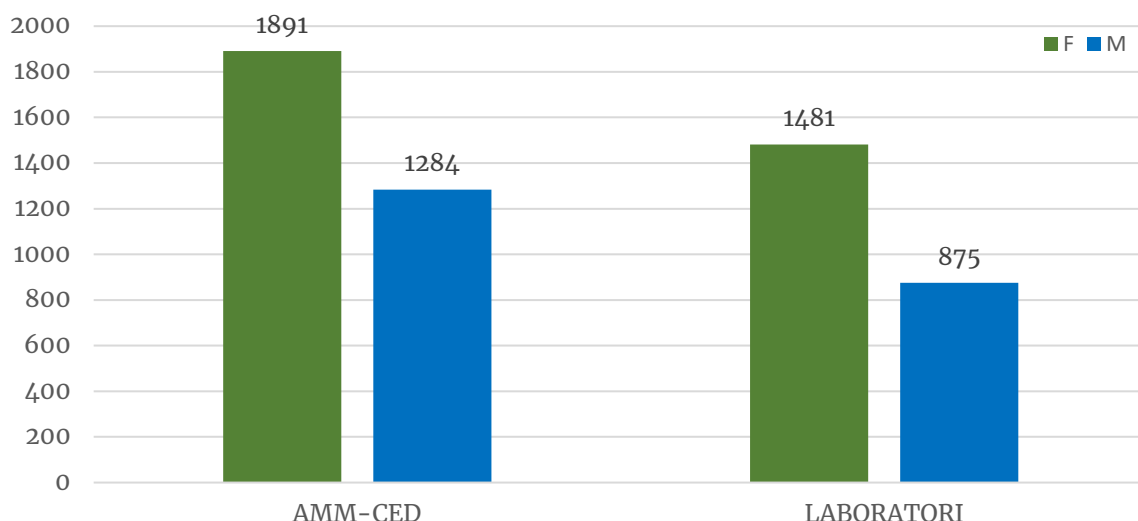
Nel 2022 sono stati 167 su un totale di 328 i dipendenti a tempo indeterminato, determinato e piramidato (pari al 50,9%) che hanno richiesto di svolgere il lavoro in modalità agile e che hanno siglato l'accordo individuale.

Fino al 31/12/2023 sono stati 184 su un totale di 342 i dipendenti (pari al 53,80%) che hanno siglato l'accordo individuale del lavoro in modalità agile.

Si osserva che nel 2023 il numero degli accordi è aumentato meno che proporzionalmente rispetto all'aumento del numero dei dipendenti rispetto all'anno precedente.

Nell'anno 2023 le giornate di lavoro svolte nella modalità in esame sono state pari a 5531 distribuite tra Reparti tecnici amministrativi (amm – ced) e tecnico scientifici (laboratori). (Fig. 8)

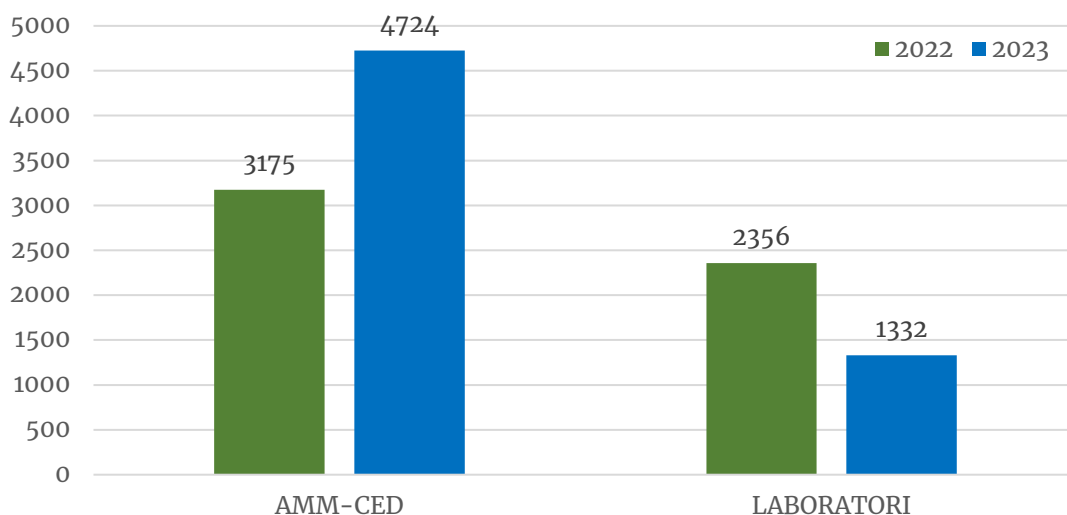
Figura 8. Distribuzione giorni lavoro agile tra i Reparti tecnici amministrativi e tecnico scientifici per sesso- anno 2023.



Le giornate svolte in lavoro agile sono state complessivamente 6056 nel 2022 e 5531 nel 2023 sono, quindi, diminuite complessivamente di 525 unità.

Dai dati della figura 9 si osserva la differenza nel dettaglio: le giornate svolte in smart working sono aumentate di 1549 tra il 2022 e il 2023 nei reparti amministrativi- CED mentre sono diminuite di 1024 unità nei laboratori. Questi risultati confermano l'evidenza che il lavoro agile è più idoneo alle attività amministrative - informatiche che non necessitano degli ambienti, materiali e strumenti utilizzati nei laboratori.

Figura 9. Distribuzione giorni lavoro agile tra i Reparti tecnici amministrativi e tecnico scientifici anno.



Alla fine del triennio 2022-2024, in cui il lavoro agile è stato svolto in modalità routinaria e non più in un contesto organizzativo emergenziale causato dal Covid - 19, sarà progettata una indagine destinata ai dipendenti per la valutazione dell'impatto del lavoro agile sull'efficienza e l'efficacia, sui nuovi assetti della logistica degli uffici e dei laboratori e la valutazione del clima organizzativo. Saranno analizzate anche le aree di miglioramento, il livello di benessere organizzativo e i vantaggi, non solo in termini professionali ma anche di conciliazione vita privata e tempi di lavoro e il contributo dato alla transizione ecologica.

3.3 Le strategie di formazione del personale

La Formazione, interna e esterna, è una delle priorità prefissate dal CDA nel Piano Strategico 22/24 poiché la velocità delle trasformazioni tecniche e sociali impongono un aggiornamento formativo continuativo. La formazione è, dunque, richiesta al fine di mantenere il passo con la società contemporanea e con i modi in cui comunichiamo e lavoriamo (o comunichiamo per lavorare). Sono cambiati i paradigmi: l'aula, intesa come luogo fisico, cede diffusamente il passo alla dematerializzazione e diventa virtuale, come virtuali possono essere gli ambienti professionalizzanti dove simulare attività di carattere pratico. Inoltre la scalabilità di alcune specifiche tecnologie permette oggi di ridisegnare la formazione in modo da offrire ampio accesso alla conoscenza secondo percorsi di apprendimento personalizzati, nella massima flessibilità spazio-temporale e con una significativa riduzione dei tempi e dei costi organizzativi. Nella consapevolezza che per le organizzazioni significativi sono i benefici economici derivanti dall'applicazione di moderne soluzioni e di nuovi approcci ai processi formativi, anche complessi, l'IZS-Teramo, che in questo campo detiene solidamente una posizione preminente nello scenario nazionale e internazionale, intende raccogliere questa sfida, riprogettando la propria offerta di servizi, interconnessi tra loro e destinati sia al cliente interno sia al cliente esterno, per creare una nuova catena del valore dai risultati misurabili.

L'IZS – Teramo si prefigge di promuovere l'innovazione nella formazione del personale e di differenti categorie esterne (del livello locale, nazionale e internazionale) per accrescerne le conoscenze e competenze in un'ottica di Salute Unica anche attraverso l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale. Per il personale dell'Ente l'utilizzo della IA consentirà di analizzare i fabbisogni formativi per la definizione degli obiettivi che andranno ad accrescere un dossier formativo individuale pluriennale. Il vantaggio dei nuovi sistemi informatici e tecnologici permetteranno di colmare la differenza tra le conoscenze possedute e quelle da possedere con un'indicazione precisa degli obiettivi intermedi da raggiungere.

Per tali finalità strategiche il Reparto Formazione e Progettazione dell'IZS-Teramo elabora con cadenza biennale la proposta di Piano di Formazione Aziendale, con lo scopo di formulare un'offerta formativa che, oltre a rispondere alle finalità strategiche, risponde alle direttive nazionali e regionali in ambito veterinario e alle esigenze manifestate dal personale.

Il Piano di Formazione Aziendale si propone l'obiettivo di migliorare le competenze e le abilità tecnico-scientifiche e manageriali del personale dipendente, sulla base di un processo di analisi delle esigenze formative e di concerto con la Direzione dell'Istituto

Si specifica inoltre che Formazione dei dipendenti e dei professionisti del mondo veterinario, della sanità pubblica e privata, delle aziende agro-alimentari e della scuola è svolta dall'IZS – Teramo presso la sede Centro Internazionale per la Formazione e l'Informazione Veterinaria (CIFIV) "Francesco Gramenzi". L'IZS – Teramo e che il CIFIV ha formato nell'ultimo triennio, avvalendosi anche di strumenti per e-learning, circa 30.000 persone (il 90% del livello internazionale) grazie anche alla capacità di reperire risorse finanziarie

aggiuntive da progetti di ricerca, sviluppo, innovazione e gemellaggio con l'Unione Europea, le Organizzazioni internazionali, il Ministero della Salute e le Regioni di Competenza.

3.4 Il Piano delle Azioni Positive 2022/2024

Il Piano delle azioni positive (PAP) costituisce uno strumento di natura programmatica e strategica da ascrivere al novero delle iniziative promosse dall'Istituto, in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia, per dare attuazione agli obiettivi di parità e pari opportunità prodromici ad una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualsiasi forma di discriminazione. La promozione delle pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni risponde, oltre che ad un preciso obbligo normativo, anche e soprattutto ai fondamentali obiettivi di equità e di riconoscimento del merito e costituisce la leva fondamentale per il potenziamento dell'efficienza organizzativa nonché della qualità delle prestazioni rese ai cittadini.

Il PAP è riportato nell'**Allegato n. 4 Piano Azioni Positive 2022/2024**

Sezione 4 – Monitoraggio

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

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

La misura del grado di raggiungimento del Valore Pubblico “**Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale**” viene calcolata in base al grado di raggiungimento dei risultati di salute e di performance (espresse in % e la loro relativa pesatura) nonché da altri risultati non presenti nella performance organizzativa ma che rappresentano risultati rilevanti (ad esempio, quelli relativi a progetti di ricerca).

L'evoluzione del PIAO proseguirà anche nel 2024 con interventi diretti: 1) ad una totale integrazione dei piani assorbiti dal PIAO, effettuando formazione specifica sul PIAO sia ai reparti tecnici amministrativi che a quelli tecnici scientifici; 2) ad un'ulteriore semplificazione e riduzione degli obiettivi assegnati alle singole strutture e 3) a procedure per eseguire una verifica a cascata delle attività all'interno di ciascun ambito di programmazione del PIAO (performance organizzativa, misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza, stato di salute delle risorse).

La vera sfida nel prossimo futuro sarà quella di imparare a misurare qualitativa e quantitativa gli impatto sulla collettività e sul territorio di tutte le azioni messe in campo in termini di effetti ottenuti; tenendo presente che la dimensione dell'impatto esprime l'effetto generato da una attività o da un servizio sugli interessati nell'ottica della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere rispetto alle condizioni di partenza.

Allegati nn.5:

Allegato n. 1 Risultati attesi anno 2024;

Allegato n. 2 Tabella di Valutazione del rischio 2024/2026;

Allegato n. 3 Obblighi di Pubblicazione 2024/2026;

Allegato n. 4 Indici e Indicatori del lavoro agile 2024/2026.

Allegato n. 5 Piano Azioni Positive 2022/2024.

IZS

T E R A M O

/

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



*Piano Integrato di Attività e
Organizzazione 2024/2026*

ALLEGATI

IZS

T E R A M O

/

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



Allegato 1
Risultati attesi
anno 2024

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – SEGRETERIA DI DIREZIONE E ORGANI COLLEGIALI - Resp. D'Alterio/Ambrosj

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBBIETTIVO GENERALE | OBBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|---|--|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle compenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.2 - Promuovere l'innovazione nella formazione del personale dell'IZS - Teramo e di tutte le categorie di beneficiari esterni all'ente, per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche e manageriali richieste alle professionalità chiamate ad operare nel contesto della Salute Unica a livello locale, nazionale e internazionale | Adottare approcci e strumenti basati sull'applicazione di nuovi sistemi IT - come, ad esempio, l'Intelligenza Artificiale - all'analisi dei fabbisogni formativi per valutare, a livello individuale, i gap di conoscenza e competenza rispetto ad obiettivi didattici predefiniti, anche funzionali allo sviluppo di dossier formativi individuali pluriennali | Sop automezzi | Redazione del regolamento per l'utilizzo degli automezzi aziendali | Regolamento inviato alla Direzione | Legale, Assicurativo, Privacy e U.P.D. | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sul Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | Presenza in IZS Teramo di due sistemi informativi a basso livello di integrazione: SILAB sviluppato dall'ITC per attività diagnostica e uno di Contabilità sviluppato da ditta esterna per la fatturazione degli esami diagnostici | Realizzazione della completa integrazione anche per favorire veloci e anticipati metodi di pagamento dei clienti privati esterni | Integrazione dei Sistemi | Tutte le strutture amministrative e l'ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBBIETTIVO GENERALE | OBBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS - Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBBIETTIVO GENERALE | OBBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienze dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei percorsi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizioni delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienze dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | Il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RdP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai menu diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante e nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecnico scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – Controllo di Gestione – Resp. D'Alterio

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|---|---|--|--|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS -Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | Presenza in IZS Teramo di due sistemi informativi a basso livello di integrazione: SILAB sviluppato dall'ITC per l'attività diagnostica e uno di Contabilità sviluppato da ditta esterna per la fatturazione degli esami diagnostici | Realizzazione della completa integrazione anche per favorire veloci e anticipati metodi di pagamento dei clienti privati esterni | Integrazione dei Sistemi | Tutte le strutture amministrative e l'ICT | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 4 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|---|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS -Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - Transizione Digitale - Resp. D'Alterio

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|---|--|---|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello | 5.4 - Aumentare la sicurezza informatica globale e garantire la Transizione Digitale | Adottare, monitorare e gestire il Piano Triennale per l'informatica al fine di garantire la Transizione Digitale in modo da assicurare la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dell'informazione digitale a tutti gli interessati | Piano Triennale per l'Informatica 2022-2024, con particolare riferimento alle competenze dell'RTD sulla sicurezza informatica "...c) indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture anche in relazione al sistema pubblico di connettività; " | Organizzazione di almeno un incontro informativo (in presenza o online) con le figure interessate e tecnicamente coinvolte del reparto Gestione Telematica, per approfondimenti sulle novità introdotte dalla nuova normativa NIS2 (DIRETTIVA (UE) 2022/2555) che dal 18/10/2024 sostituirà la NIS | DIRETTIVA (UE) 2022/2555 | Reparto Gestione Telematica | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.3 - Certificare secondo standard riconosciuti i sistemi informativi realizzati dall'Istituto | Conseguire la certificazione relativamente alla <i>Business Continuity</i> (livelli di servizio garantiti h24 e 7 giorni su 7) e quella di processo relativa alla raccolta requisiti e sviluppo software | Nell'ambito del processo di adozione delle linee guida per assicurare la disponibilità dei servizi, la continuità operativa e la sicurezza, sono state conseguite le certificazioni ISO 9001:2015 (Conduzione sistemistica dell'infrastruttura del datacenter ed erogazione di servizi di server housing e hosting) ed ISO 27001:2017 (Servizi specialistici di conduzione applicativa e sistemistica, gestione, monitoraggio e manutenzione delle componenti HW e SW dell'infrastruttura ICT e Datacenter. Erogazione di servizi di hosting e housing e help-desk). Il datacenter è in fase di qualificazione Q12 presso ACN per poter ospitare servizi con dati critici anche di altri enti ed amministrazioni. Il processo di adeguamento continuerà per il l'adeguamento | Estendere il perimetro di certificazione e qualificazione a tutti i processi del Laboratorio ICT. Preparazione agli standard necessari alla certificazione per la B.C. | Documenti necessari alla certificazione redatti. | Laboratorio ICT | 6 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 6. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - SERVIZI BIBLIOTECARI E COMUNICAZIONE - Resp. De Iuliis

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|--|--|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 - Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS - Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | 6.2 - Sostenere l'accesso libero ai risultati della ricerca attraverso la trasparenza e la condivisione dei dati in tutte le fasi di sviluppo | Aggiornare e divulgare la politica aziendale per l'accesso libero ai dati della ricerca prodotta dall'ente | Mancanza di documenti <i>ad hoc</i> | Redazione di linee guida | Invio per approvazione alla Direzione Sanitaria | | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 - Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS - Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | 6.3 - Ridefinire l'immagine dell'IZS - Teramo per un nuovo posizionamento strategico a livello regionale, nazionale e internazionale e, coerentemente, indirizzare la comunicazione verso tutti i portatori di interesse | Veicolare la produzione scientifica dell'ente con finalità divulgative attraverso la pluralità dei sistemi mediali | Realizzazione di prove video non standardizzate a supporto dei lavori scientifici pubblicati sulla sezione del sito web "le nostre ricerche" | Progettazione dello standard editoriale divulgativo e realizzazione di un format video per veicolare la produzione scientifica dell'ente | Publicazione video su più sistemi mediali: sito web, canali social aziendali, piattaforme video (es. YouTube) | | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 - Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS - Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | 6.3 - Ridefinire l'immagine dell'IZS - Teramo per un nuovo posizionamento strategico a livello regionale, nazionale e internazionale e, coerentemente, indirizzare la comunicazione verso tutti i portatori di interesse | Veicolare la produzione scientifica dell'ente con finalità divulgative attraverso la pluralità dei sistemi mediali | Assenza di pubblicazioni divulgative sull'attività dell'Ente relativa alla lotta alle malattie trasmesse da vettori | Progettazione grafico editoriale e pubblicazione (previa autorizzazione della Direzione Generale) di un volume divulgativo destinato agli studenti sulla prevenzione e il controllo di malattie trasmesse da vettori | Volume pronto per la stampa | Entomologia | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 - Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS - Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | 6.4 - Rilanciare la rivista scientifica "Veterinaria Italiana" | Redigere il nuovo Piano Editoriale di Veterinaria Italiana finalizzato all'evoluzione da rivista a casa editrice sul modello <i>University Press</i> | Assenza di una strategia editoriale integrata | Progettazione e redazione di "sistema <i>University Press</i> ", casa editrice dell'IZS Teramo | Invio per approvazione alla Direzione Sanitaria | | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – FORMAZIONE E PROGETTAZIONE - Resp. Migliorati

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|---|--|---|---|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.2 - Promuovere l'innovazione nella formazione del personale dell'IZS - Teramo e di tutte le categorie di beneficiari esterni all'ente, per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche e manageriali richieste alle professionalità chiamate ad operare nel contesto della Salute Unica a livello locale, nazionale e internazionale | Adottare approcci e strumenti basati sull'applicazione di nuovi sistemi IT - come, ad esempio, l'Intelligenza Artificiale - all'analisi dei fabbisogni formativi per valutare, a livello individuale, i gap di conoscenza e competenza rispetto ad obiettivi didattici predefiniti, anche funzionali allo sviluppo di dossier formativi individuali pluriennali | Ricognizione di mercato avviata | Progettato un corso di formazione con l'ausilio delle risorse messe a disposizione dal <i>virtual learning</i> su una delle malattie dei centri di referenza (nazionale o internazionale) dell'IZS Teramo | Database Reparto Formazione e progettazione | ICT, Cdr/Ldr | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 4 - Riconoscimenti, collaborazioni e partnership globale | 7. Determinare efficacemente il posizionamento strategico dell'IZS - Teramo nel campo della ricerca per la Salute Unica nel contesto di riferimento nazionale e internazionale, in una prospettiva di medio-lungo termine. | 7.2 - Instaurare, attraverso i Centri di Referenza, i Laboratori di Riferimento, i Centri di Collaborazione e i network, reti di collaborazione stabili, durature e di successo reciproco con i principali attori internazionali per la promozione della ricerca e lo sviluppo delle competenze scientifiche, tecnico-specialistiche e manageriali richieste alle professionalità che operano nel settore della Salute Unica | Stipulare nuovi accordi di collaborazione con i principali enti di ricerca operanti nei Balcani, nei paesi dell'Europa dell'est e dell'ex blocco sovietico, nei paesi dell'America del sud, in Cina, nel sud-est asiatico e nel continente africano. Questi accordi saranno funzionali alla ricerca e allo sviluppo delle capacità professionali nelle aree strategiche definite dal piano 2022-2024. | Avviata negoziazione con AICS per stipula accordo quadro | Accordo quadro OH stipulato | Archivio protocollo Direzione | Formazione e Progettazione | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei percorsi organizzativi | Il Reparto non dispone di un sistema informativo per la gestione dei progetti che sia interoperativo con i sistemi già in essere nei vari reparti amministrativi di competenza. Data la numerosità dei progetti in essere e la complessità dei processi di gestione e rendicontazione, si ritiene urgente disporre di uno strumento atto a colmare il gap. | Introdotta un sistema informativo per la gestione dei progetti in piena condivisione con gli altri reparti interessati | Server dell'ente | Tutti i reparti amministrativi, ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - Gestione percorsi di studio lavoro e Tirocini - Resp. D'Agostino

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|--|---|--|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 – Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS – Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | 6.3 - Ridefinire l'immagine dell'IZS - Teramo per un nuovo posizionamento strategico a livello regionale, nazionale e internazionale e, coerentemente, indirizzare la comunicazione verso tutti i portatori di interesse | Sviluppare e consolidare le relazioni pubbliche con le autorità competenti, i centri di ricerca, gli enti e le istituzioni, l'industria e i cittadini attraverso iniziative a livello locale, nazionale e internazionale | Proseguire percorso iniziato di seminari nelle migliori Università, finalizzati a far conoscere a laureati e laureandi Attività e prospettive dell'IZS di Teramo | Almeno 4 Seminari nel corso dell'anno. | | Direzione tecnica | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 4 – Riconoscimenti, collaborazioni e partnership | 7. Determinare efficacemente il posizionamento strategico dell'IZS – Teramo nel campo della ricerca per la Salute Unica nel contesto di riferimento nazionale e internazionale, in una prospettiva di medio-lungo termine. | 7.2 - Instaurare, attraverso i Centri di Riferenza, i Laboratori di Riferimento, i Centri di Collaborazione e i network, reti di collaborazione stabili, durature e di successo reciproco con i principali attori internazionali per la promozione della ricerca e lo sviluppo delle competenze scientifiche, tecnico-specialistiche e manageriali richieste alle professionalità che operano nel settore della Salute Unica | Collaborare in maniera stabile e organizzata con le università, sia in ambito nazionale che internazionale, per formare - attraverso percorsi <i>post-lauream</i> congiunti, comuni o condivisi – giovani professionalità di alta specializzazione che possano operare nel campo della ricerca scientifica per la Salute Unica | Partecipare a giornate di orientamento lavorativo per studenti laureati e laureandi organizzate da varie Università italiane finalizzate a far conoscere le attività e le possibilità lavorative offerte dall'IZS di Teramo. La partecipazione è a pagamento. | Partecipazione ad almeno 2 giornate di orientamento nel corso dell'anno organizzate da univ. Italiane. | | Direzione tecnica | 2 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 allegato 1 del PIAO 2024/2026

Piano dei Risultati attesi - Direttore Sanitario

| OBIETTIVO SPECIFICO | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) |
|---|---|
| Supportare e coordinare il processo di estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. | Attività coordinate |
| Partecipare con continuità alla formazione dei pareri e dei conseguenti atti deliberativi | Partecipazione assicurata |
| Indirizzare e coordinare la progettazione e lo sviluppo di attività di sperimentazione e di ricerca privilegiando l'approccio trasversale / interdisciplinare | Attività svolta |
| Coordinare le attività della biobanca | Attività coordinate |
| Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi a beneficio dei clienti interni ed esterni | Sistemi informativi sviluppati e sperimentati |
| Supportare la progettazione e la creazione del nuovo modello organizzativo basato sulla valutazione, sul monitoraggio, sullo sviluppo e sulla certificazione delle competenze del personale | Progettazione e creazione del dizionario delle competenze |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RDP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione e Controllo, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale, Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la struttura tecnico scientifica | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - Ricerca, Sviluppo e Cooperazione nei rapporti internazionali - Resp. Scacchia

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|---|--|--|---|--|---------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto One-health | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Promuovere, grazie a collaborazioni sia nuove che già consolidate, attività di sorveglianza mirate alla scoperta di patogeni in diversi contesti geografici, nella fauna terrestre come in quella acquatica | ERFAN Master student su AMR in ceppi di <i>Mycoplasma mycoides mycoides</i> | Avere indicazioni sulla gestione dell'antibiotico nel contesto tanzaniano mediante interviste; Studio dei ceppi di <i>Mycoplasma mycoides mycoides</i> isolati | Lavoro svolto da studente tanzaniano | Batteriologia | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 4 - Riconoscimenti, collaborazioni e partnership | 7. Determinare efficacemente il posizionamento strategico dell'IZS - Teramo nel campo della ricerca per la Salute Unica nel contesto di riferimento nazionale e internazionale, in una prospettiva di medio-lungo termine. | 7.1 - Ottenere nuovi riconoscimenti a livello regionale, nazionale e internazionale che accreditino ulteriormente l'IZS - Teramo come centro di ricerca per la Salute Unica e rafforzare i laboratori e centri già in essere | Innovare e consolidare il mandato dei laboratori e dei centri di referenza e collaborazione già assegnati all'ente sulla base dei trend in evoluzione intercettati nei contesti di riferimento | Consolidare Centri di Referenza WOAH IZSTeramo quali CBPP, Brucellosi, Igiene Alimenti, BT/RVF | Organizzare 6 eventi online o in presenza coinvolgenti i poli di eccellenza WOAH IZSTeramo quali CBPP, Brucellosi, Igiene Alimenti, BT/RVF/WND | Report degli eventi | WOAH RC per Igiene Alimenti, CBPP, Brucellosi, BT/RVF/WND, Diagnostica specialistica e Batteriologia | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 4 - Riconoscimenti, collaborazioni e partnership | 7. Determinare efficacemente il posizionamento strategico dell'IZS - Teramo nel campo della ricerca per la Salute Unica nel contesto di riferimento nazionale e internazionale, in una prospettiva di medio-lungo termine. | 7.2 - Instaurare, attraverso i Centri di Referenza, i Laboratori di Riferimento, i Centri di Collaborazione e i network, reti di collaborazione stabili, durature e di successo reciproco con i principali attori internazionali per la promozione della ricerca e lo sviluppo delle competenze scientifiche, tecnico-specialistiche e manageriali richieste alle professionalità che operano nel settore della Salute Unica | Perseguire iniziative progettuali nell'ambito dei Programmi di Gemellaggio promossi dall'OIE e dalla Commissione Europea, per collaborare con gli enti di interesse nei paesi di rilevanza strategica | Presentare Progetto di gemellaggio WOAH su la CBPP | Presentare Proposta di progetto di gemellaggio su CBPP al WOAH di Parigi per autorizzazione | stesura ed invio progetto a WOAH | Diagnostica S., Batteriologia, Innovazione e Sviluppo, Bioinformatica, Produzione | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|---|---|--|---|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecnico scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS -Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento , manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RdP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di accreditamento e della verifica ispettiva ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS -Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|---|--|--|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto <i>One-health</i> | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Sviluppare e validare, secondo riconosciuti standard internazionali, nuove metodologie per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi patogeni [Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Accreditamento delle seguenti procedure: IZSTE B312 SOP164; IZSTE S2 B212SOP004; IZSTE S2 B212 SOP 006 . | Redazione delle procedure operative standard di prova, validazione del metodo accreditamento delle prove. | Elenco Accredia aggiornato | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (ecetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Valore Pubblico | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati (Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)) | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione delle procedure operative standard di prova, di produzione, validazione del metodo di produzione e accreditamento del processo di produzione e accreditamento delle prove. Certificazione dei materiali e kit diagnostici e accreditamento entro il 2024 | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IIZZSS e centri di Riferenza Nazionali | il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RdP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - SEZIONE di LANCIANO - Resp. Pomilio (su delega di D'Alterio)

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto One-health | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Sviluppare e validare, secondo riconosciuti standard internazionali, nuove metodologie per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi patogeni | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione delle procedure operative standard di prova, di produzione, validazione del metodo di produzione e accreditamento del processo di produzione e accreditamento di una prova nell'ambito dell'apicoltura. Certificazione dei materiali e kit diagnostici e accreditamento entro il 2024. | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|---|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microorganismi ricercati (Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429). | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Accreditamento di una procedura operativa standard entro il 2024 | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Reparto di Igiene e Tecnologie degli Alimenti sede Centrale e Sezione di Campobasso | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS -Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei percorsi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisce il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS - Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accredimento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Certificare, tramite un ente riconosciuto a livello nazionale, il sistema sviluppato in conformità allo Standard ISO 37001 - Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione di una nuova procedura operativa standard, validazione del metodo e accreditamento di una prova per una malattia elencata nel Regolamento 429/2016 | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accredimento ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accredimento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati (Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689]) | a) Necessità di disporre di un metodo in house per l'individuazione della PSA nei suini da utilizzare per il controllo e salvaguardia della filiera produttiva; b) Necessità di ottimizzazione i metodi di prova per la ricerca del virus della Bluetongue e del virus West Nile. | a) Sviluppo e validazione di un test real time-PCR in grado di rilevare e quantificare il virus della PSA da essudato muscolare e da organi di suino e prodotti derivati di carne suina; b) Redazione e validazione delle procedure operative standard di prova per la ricerca del virus della bluetongue e del virus West Nile. Accredimento delle procedure entro il 2024. | Redazione procedure operative; Redazione dei dossier di validazione; Accredimento dei metodi di prova | | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IIZSS e centri di Referenza Nazionali | Il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RDP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di accreditamento e della verifica ispettiva di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati (Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione della procedura operativa standard di prova e validazione del metodo e accreditamento della prova ELISA per diagnosi clamidiosi | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - ENTOMOLOGIA - Resp. Goffredo

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 6 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 5 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - IGIENE URBANA VETERINARIA - Resp. Iannino

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|---|---|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecnico scientifiche | 5 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | A seguito del terremoto che nel 2016 ha interessato l'Italia centrale, su incarico del Ministero della Salute e per conto del Coordinamento Tecnico Interregionale (CTI) per la gestione delle emergenze sanitarie conseguenti al sisma, il Centro Servizi Nazionale per le Anagrafi Animali (CSN) e il COVEPI coadiuvati dal Centro di Referenza Nazionale per l'igiene urbana veterinaria e le emergenze non epidemiche (IUVENE), hanno provveduto alla realizzazione di un Sistema Informativo dedicato alla gestione dell'emergenza. Nel 2023 è continuata l'attività di manutenzione e relativo aggiornamento della piattaforma informativa (SIVENE), integrata e correlata al Sistema Informativo Veterinario (VETINFO), contenente strumenti utili (compresi quelli basati sul web-GIS) per una corretta gestione delle emergenze. | Messa in produzione del sistema informativo per la gestione delle emergenze non epidemiche (SIVENE) | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Sviluppo e Gestione Applicativi | 6 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - BENESSERE ANIMALE - Resp. Podaliri

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|--|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale, Allevamento e Sperimentazione animale; | 6 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecnico scientifiche | 5 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - IGIENE E TECNOLOGIA DEGLI ALIMENTI - Resp. Pomilio

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto <i>One-health</i> | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Sviluppare e validare, secondo riconosciuti standard internazionali, nuove metodologie per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi patogeni | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione delle procedure operative standard di due prove del Laboratorio Nazionale di Riferimento per <i>Listeria monocytogenes</i> , di produzione, di validazione del metodo di produzione e accreditamento del processo di produzione e accreditamento delle prove. Certificazione dei materiali e kit diagnostici e accreditamento entro il 2024. | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4. | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 2 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – BATTERIOLOGIA E IGIENE PRODUZIONI LATTIERO CASEARIE - Resp. Pomilio

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|--|--|--|--|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto <i>One-health</i> | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno 4:6 dell'antibiotico resistenza | Sviluppare e validare, secondo riconosciuti standard internazionali, nuove metodologie per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi patogeni | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione di una procedura operativa standard di prova, con validazione e accreditamento per l'anno 2024. | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo. | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (ecetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – CENTRO RICERCHE PER GLI ECOSISTEMI MARINI E PESCA - Resp. Ferri

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 – Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto <i>One-health</i> | 1.1 – Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Sviluppare e validare, secondo riconosciuti standard internazionali, nuove metodologie per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi patogeni | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione delle procedure operative standard di prova, di produzione, validazione del metodo di produzione e accreditamento del processo di produzione e accreditamento di una prova nell'ambito del Controllo Ufficiale degli alimenti. Certificazione dei materiali e kit diagnostici e accreditamento entro il 2024 | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 – Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 – Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecnico scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condizione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 – Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed il sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 – Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 – Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 – Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - CENTRO PER LA BIOLOGIA DELLE ACQUE - Resp. Giansante

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|---|--|---|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, cercare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione di n. 2 nuove SOP e revisione di n. 2 SOP | Sistema informativo Talete | Assicurazione Qualità | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate nella verifica ispettiva interna nel 2023. | Rapporto di verifica ispettiva interna. | Assicurazione Qualità | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecnico scientifiche | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS - Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che conighino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente bioetico (diretta - | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Ecosistemi Acquatici e Terrestri;Benessere Animale; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Virologia e colture cellulari; Diagnostica e sorveglianza delle malattie esotiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema | 8.8 -Adeguaire i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 -Adeguaire i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati [Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione della procedura operativa standard relativa alle modalità di approvvigionamento degli animali di interesse zootecnico destinati alle attività di sperimentazione animale e accreditamento entro il 2024 | Elenco procedure operative standard aggiornato al 2024 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 allegato 1 del PIAO 2024/2026

Piano dei Risultati attesi - Direttore Amministrativo

| OBIETTIVO SPECIFICO | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) |
|---|---|
| Indirizzare e coordinare tutte le attività amministrative anche al fine di efficientarle | Attività eseguita |
| Partecipare con continuità alla formazione dei pareri e dei conseguenti atti deliberativi | Partecipazione assicurata |
| Implementare le attività necessarie per l'edificazione della Nuova Sede e per il miglioramento delle Sedi esistenti | Attività eseguita |
| Orientare il potenziamento della promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Certificare il sistema di gestione della prevenzione della corruzione in conformità allo Standard ISO 37001 |
| Supportare la progettazione e la creazione del nuovo modello organizzativo basato sulla valutazione, sul monitoraggio, sullo sviluppo e sulla certificazione delle competenze del personale | Progettazione e creazione del dizionario delle competenze |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 -Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati (Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)) | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Sviluppo, validazione e richiesta di accreditamento di 5 nuovi metodi analitici | Metodi disponibili in forma di procedura operativa standard nella piattaforma informatica Talete | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|---|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente e coerente. | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|---|---|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed un sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizioni delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutte i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | Il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di prova, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioagenti, schemi di lavoro e STUD (il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RdP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabella nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzati. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.3 - Certificare secondo standard riconosciuti i sistemi informativi realizzati dall'Istituto | Conseguire la certificazione relativamente alla Business Continuity (livelli di servizio garantiti h24 e 7 giorni su 7) e quella di processo relativa alla raccolta requisiti e sviluppo software | Nell'ambito del processo di adozione delle linee guida per assicurare la disponibilità dei servizi, la continuità operativa e la sicurezza, sono state conseguite le certificazioni ISO 9001:2015 (Conduzione sistemistica dell'infrastruttura del datacenter ed erogazione di servizi di server housing e hosting) ed ISO 27001:2017 (Servizi specialistici di conduzione applicativa e sistemistica, gestione, monitoraggio e manutenzione delle componenti HW e SW dell'infrastruttura ICT e Datacenter. Erogazione di servizi di hosting e housing e help-desk). Il datacenter è in fase di qualificazione Q2 presso ACN per poter ospitare servizi con dati critici anche di altri enti ed amministrazioni. Il processo di adeguamento continuerà per il l'adeguamento ai requisiti previsti per la Business Continuity. | Estendere il perimetro di certificazione e qualificazione a tutti i processi del Laboratorio ICT. Preparazione agli standard necessari alla certificazione per la B.C. | Documenti necessari alla certificazione redatti. | Laboratorio ICT, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale, RTD-CISO | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|---|---|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 1 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'I2S-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'I2S Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed un sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutte i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'I2S-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | Il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di prova, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostica, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei R&P tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'I2S-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo del nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Infrastruttura tecnologica per gestire container in cluster per accogliere microsistemi e sistemi per la loro orchestrazione disponibile ed utilizzabile. | Laboratorio ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.3 - Certificare secondo standard riconosciuti i sistemi informativi realizzati dall'Istituto | Conseguire la certificazione relativamente alla Business Continuity (livelli di servizio garantiti h24, e 7 giorni su 7) e quella di processo relativa alla raccolta requisiti e sviluppo software | Nell'ambito del processo di adozione delle linee guida per assicurare la disponibilità dei servizi, la continuità operativa e la sicurezza, sono state conseguite le certificazioni ISO 9001:2015 (Conduzione sistemistica dell'infrastruttura del datacenter ed erogazione di servizi di server housing e hosting) ed ISO 27001:2017 (Servizi specialistici di conduzione applicativa e sistemistica, gestione, monitoraggio e manutenzione delle componenti HW e SW dell'infrastruttura ICT e Datacenter. Erogazione di servizi di hosting e housing e help-desk). Il datacenter è in fase di qualificazione Q12 presso ACN per poter ospitare servizi con dati critici anche di altri enti ed amministrazioni. Il processo di adeguamento continuerà per il l'adeguamento ai requisiti previsti per la Business Continuity. | Estendere il perimetro di certificazione e qualificazione a tutti i processi del Laboratorio ICT. Preparazione agli standard necessari alla certificazione per la B.C. | Documenti necessari alla certificazione redatti. | Laboratorio ICT, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale, RTD-CISO | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'I2S-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|---|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che concludono l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 1 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed un sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutte i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | Il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di prova, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei Rdp tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'IZS-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.3 - Certificare secondo standard riconosciuti i sistemi informativi realizzati dall'Istituto | Conseguire la certificazione relativamente alla Business Continuity (livelli di servizio garantiti h24 e 7 giorni su 7) e quella di processo relativa alla raccolta requisiti e sviluppo software | Nell'ambito del processo di adozione delle linee guida per assicurare la disponibilità dei servizi, la continuità operativa e la sicurezza, sono state conseguite le certificazioni ISO 9001:2015 (Conduzione sistematica dell'infrastruttura del datacenter ed erogazione di servizi di server housing e hosting) ed ISO 27001:2017 (Servizi specialistici di conduzione applicativa e sistemistica, gestione, monitoraggio e manutenzione delle componenti HW e SW dell'infrastruttura ICT e Datacenter. Erogazione di servizi di hosting e housing e help-desk). Il datacenter è in fase di qualificazione Q12 presso ACN per poter ospitare servizi con dati critici anche di altri enti ed amministrazioni. Il processo di adeguamento continuerà per il l'adeguamento ai requisiti previsti per la Business Continuity. | Estendere il perimetro di certificazione e qualificazione a tutti i processi del Laboratorio ICT. Preparazione agli standard necessari alla certificazione per la B.C. | Documenti necessari alla certificazione redatti. | Laboratorio ICT, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale, RTD-CISO | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente e a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'I2S-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IIZSS e centri di Referenza Nazionali | il Sistema Informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RdP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali possano e debbano contribuire tutti i reparti e le strutture dell'I2S-Teramo | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.2 - Certificare le attività che prevedono l'utilizzo di saggi biologici secondo i principi delle Buone pratiche di laboratorio (Good Laboratory Practices - GLP) | Progettare e realizzare un Corso di formazione multidisciplinare per il personale interno sulla validazione dei metodi e delle prove diagnostiche secondo le norme nazionali ed internazionali | Il processo di validazione dei nuovi metodi e prove diagnostiche, sia in sanità animale che nell'ambito della sicurezza alimentare, così come la validazione di nuovi presidi immunizzanti o reagenti, è un processo complesso e delicato, che presuppone una conoscenza approfondita di vari merodi scientifici, dal disegno di uno studio sperimentale, alle prescrizioni presenti nelle norme internazionali, alla corretta raccolta e analisi statistica dei dati. A fronte del rinnovamento di parte del personale dei laboratori dell'Istituto è necessario rafforzare le conoscenze e l'utilizzo di un metodo di lavoro comune e condiviso per la validazione delle prove diagnostiche. | Corso di formazione svolto | Archivi Formazione | Epidemiologia & Analisi del Rischio, Statistica & GIS, Formazione | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'I2S-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.1 - Rafforzare le tecnologie analitiche omiche, la Bioinformatica, la Biologia Computazionale e l'Intelligenza Artificiale affinché su di esse si fondi l'innovazione nella ricerca | Utilizzare tecniche proprie di Big Data Analytics e Intelligenza Artificiale a supporto di decisioni efficaci in scenari complessi, analizzando dati eterogenei quali ad esempio quelli derivanti da sequenze genomiche, da immagini satellitari ad alta risoluzione, dati sanitari e ambientali, dati sull'utilizzo del farmaco veterinario e sulla contaminazione ambientale | Negli ultimi anni è stata acquisita esperienza nell'uso di tecniche innovative di IA e Big Data analytics; sono stati individuati modelli in ambito di Emergenze Non Epidemiche e Malattie trasmesse da vettori | Definizione ed implementazione di tecniche di Intelligenza Artificiale e big data analytics in diversi campi di applicazione: 1) malattie trasmesse da vettori con integrazione di informazioni epidemiologiche e dati satellitari; 2) change detection pre-post eventi calamitosi utilizzando immagini satellitari ad alta risoluzione (Very High Resolution) | informazioni epidemiologiche da Sistemi Informativi IZSAM, Dati satellitari ESA, NASA e Third Party Missions | Statistica & GIS, CSN, ENE | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'I2S-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – SCIENZE STATISTICHE E GIS - Resp. Conte

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 – Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.1 - Rafforzare le tecnologie analitiche omiche, la Bioinformatica, la Biologia Computazionale e l'Intelligenza Artificiale affinché su di esse si fondi l'innovazione nella ricerca | Utilizzare tecniche proprie di Big Data Analytics e Intelligenza Artificiale a supporto di decisioni efficaci in scenari complessi, analizzando dati eterogenei quali ad esempio quelli derivanti da sequenze genomiche, da immagini satellitari ad alta risoluzione, dati sanitari e ambientali, dati sull'utilizzo del farmaco veterinario e sulla contaminazione ambientale | Negli ultimi anni è stata acquisita esperienza nell'uso di tecniche innovative di IA e Big Data analytics; sono stati individuati modelli in ambito di Emergenze Non Epidemiche e Malattie trasmesse da vettori | Definizione ed implementazione di tecniche di Intelligenza Artificiale e big data analytics in diversi campi di applicazione: 1) malattie trasmesse da vettori con integrazione di informazioni epidemiologiche e dati satellitari; 2) change detection pre-post eventi calamitosi utilizzando immagini satellitari ad alta risoluzione (Very High Resolution) | informazioni epidemiologiche da Sistemi Informativi IZSAM, Dati satellitari ESA, NASA e Third Party Missions | Epidemiologia & Analisi del Rischio, BDN, ENE | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 3 – Ricerca, progettazione, editoria e comunicazione | 6. Consolidare l'immagine dell'IZS – Teramo quale ente di ricerca chiamato a svolgere un ruolo di alto impatto sociale nello scenario nazionale e internazionale a tutela della Salute Unica in una prospettiva globale | 6.4 - Rilanciare la rivista scientifica "Veterinaria Italiana" | Attivare procedure editoriali finalizzate alla pubblicazione di special issues sulla tematica della Salute Unica, sulle attività di cooperazione internazionale e su temi di attualità e rilevanza scientifica | Nel 2023 si è tenuta la conferenza internazionale GeoVet 2023 a Silvi Marina organizzata dall'IZS-Teramo | Attivazione di uno Special ISSUE in Veterinaria Italiana | Partecipanti al GeoVet e abstracts in VetIt | Comunicazione | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.2 - Certificare le attività che prevedono l'utilizzo di saggi biologici secondo i principi delle Buone pratiche di laboratorio (Good Laboratory Practices - GLP) | Progettare e realizzare un Corso di formazione multidisciplinare per il personale interno sulla validazione dei metodi e delle prove diagnostiche secondo le norme nazionali ed internazionali | Il processo di validazione dei nuovi metodi e prove diagnostiche, sia in sanità animale che nell'ambito della sicurezza alimentare, così come la validazione di nuovi presidi immunizzanti o reagenti, è un processo complesso e delicato, che presuppone una conoscenza approfondita di vari merodi scientifici, dal disegno di uno studio sperimentale, alle prescrizioni presenti nelle norme internazionali, alla corretta raccolta e analisi statistica dei dati. A fronte del rinnovamento di parte del personale dei laboratori dell'Istituto è necessario rafforzare le conoscenze e l'utilizzo di un metodo di lavoro comune e condiviso per la validazione delle prove diagnostiche. | Corso di formazione svolto | Archivi Formazione | Epidemiologia & Analisi del Rischio, Statistica & GIS, Formazione | 3 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 – Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBBIETTIVO GENERALE | OBBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|--|---|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto One-health | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati [Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Disponibilità dei materiali di riferimento. Nell'ambito dei Centri di Riferenza l'IZSAM è produttore di materiali di riferimento che vengono utilizzati anche nell'organizzazione di circuiti interlaboratorio. L'esigenza di garantire la qualità delle misurazioni e la riferibilità dei risultati comporta il ricorso all'accreditamento, cioè l'attestazione di competenza di chi effettua la produzione di materiali di riferimento. I materiali di riferimento certificati immessi da produttori accreditati ai sensi della norma ISO 17034, garantiscono la riferibilità. Pertanto l'accreditamento, anche in questa circostanza, è garanzia di Competenza ed Affidabilità, Imparzialità ed è riconosciuto a livello internazionale. | Verifica e raccolta dei requisiti per definire la documentazione necessaria per avviare la richiesta di accreditamento. | Documento di analisi contenente l'elenco della documentazione necessaria per la domanda di accreditamento con cronoprogramma delle attività da svolgere | AQ/LC, Laboratorio di Produzione e tutti i Reparti tecnici organizzatori di circuiti interlaboratorio. | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed un sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali, predisposizione del sistema informativo | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o del rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per le popolazioni animali. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure tecniche del sistema qualità IZSAM, nelle quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBBIETTIVO GENERALE | OBBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|---|--|--|---|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Area 1 - Zoonosi e patogeni emergenti | 1. Ampliare le conoscenze sui patogeni emergenti e sviluppare nuove strategie di controllo e gestione per mitigarne l'impatto sulla salute degli animali e dell'uomo nel contesto One - health | 1.1 - Migliorare e innovare la gestione e il controllo delle malattie infettive emergenti e contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati [Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Disponibilità dei materiali di riferimento. Nell'ambito dei Centri di Riferenza l'IZSAM è produttore di materiali di riferimento che vengono utilizzati anche nell'organizzazione di circuiti interlaboratorio. L'esigenza di garantire la qualità delle misurazioni e la riferibilità dei risultati comporta il ricorso all'accreditamento, cioè l'attestazione di competenza di chi effettua la produzione di materiali di riferimento. I materiali di riferimento certificati immessi da produttori accreditati ai sensi della norma ISO 17034, garantiscono la riferibilità. Pertanto l'accreditamento, anche in questa circostanza, è garanzia di Competenza ed Affidabilità, Imparzialità ed è riconosciuto a livello internazionale. | Verifica e raccolta dei requisiti per definire la documentazione necessaria per avviare la richiesta di accreditamento. | Documento di analisi contenente l'elenco della documentazione necessaria per la domanda di accreditamento con cronoprogramma delle attività da svolgere | AQLC, Laboratorio di Produzione e tutti Reparti tecnici organizzatori di circuiti interlaboratorio. | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS -Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | I sistemi informativi interni sviluppati nel corso del tempo per la gestione dei dati collegati al Sistema Qualità dell'IZS Teramo costituiscono un insieme eterogeneo e con un basso livello di integrazione. Essendo stati sviluppati in tempi e con tecnologie diverse, pur soddisfacendo le esigenze dell'Istituto, non costituiscono un sistema integrato. Il processo di reingegnerizzazione di tali sistemi ha per obiettivo la realizzazione di una piattaforma integrata nella quale confluisca il sistema della gestione documentale della qualità, il sistema per la gestione delle apparecchiature di misura e prova (integrato con i dati provenienti dai datalogger) ed un sistema per il calcolo dell'incertezza di misura | Analisi e raccolta dei requisiti e definizione delle specifiche funzionali | Documento di analisi contenente le specifiche funzionali Solo per ICT: prototipo del sistema informativo disponibile e utilizzabile | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4. | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o del rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per le popolazioni animali. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure tecniche del sistema qualità IZSAM, nelle quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accreditamento ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS -Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|---|--|--|--|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microorganismi ricercati [Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Disponibilità del metodo analitico | Redazione della procedura operativa standard di prova "Sequenziamento genomico di SARS-CoV-2 da campioni positivi", e accreditamento del processo di produzione e accreditamento della prova entro il 2024. | Elenco Accredia aggiornato | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere le procedure e certificare, secondo standard internazionali riconosciuti, la formazione del personale addetto alla gestione (accettazione, manipolazione, trasporto) di agenti patogeni di livello 3 e 4 | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 2), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecnico scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|--|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati (Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento | Disponibilità del metodo analitico, materiali di riferimento, kit diagnostici | Redazione, validazione e richiesta di accreditamento della procedura operativa standard di prova "Identificazione di specie <i>Listeria monocytogenes</i> a partire da dati NGS da isolati batterici" | Elenco Accredia aggiornato e dei materiali/kit certificati | Reparto "Igiene e Tecnologie degli Alimenti" | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Sviluppare piattaforme digitali per uniformare banche dati già esistenti rafforzando la cooperazione tra IZZSS e centri di Referenza Nazionali | Il sistema informativo dell'attività diagnostica (SILAB) è stato sviluppato agli inizi degli anni '90, nel 2012 ha subito una profonda revisione anche dal punto di vista tecnologico, ed è stato continuamente mantenuto ed arricchito aggiungendo, nel tempo, ulteriori applicazioni per soddisfare esigenze informative legate al processo diagnostico: gestione delle convenzioni e fatturazione attività diagnostica, scansione documenti di accompagnamento, manutenzione e calibrazione apparecchiature, produzione diagnostici, sistema qualità e circuiti interlaboratorio, firma digitale, banca bioreagenti, schemi di lavoro e STUD il modulo web per la clientela, oltre all'alimentazione di un Datawarehouse per la reportistica. Altre funzioni sono in sviluppo come la certificazione dei RdP tramite Blockchain ed un modulo per "estrazioni standard". Le modifiche sempre maggiori ai metodi diagnostici utilizzati, la maggiore complessità dei flussi informativi ed attività diagnostiche in continuo aggiornamento rendono sempre più necessaria una profonda reingegnerizzazione del sistema a partire da un nuovo disegno funzionale ed un nuovo nomenclatore ai quali | Verifica e standardizzazione delle anagrafiche e sviluppo dei nuovi nomenclatori con relative corrispondenze con quelli standard in uso a livello nazionale | Tabelle nomenclatori e mapping con dizionari standard definiti Solo per ICT: microservizi per la gestione dei nomenclatori e delle traduzioni. Prototipo di microservizi di moduli applicativi realizzato. | Epidemiologia & analisi del rischio, Laboratorio ICT, Accettazione, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 4 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecnico scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|---|---|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficientamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecnico scientifiche | 2 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.7 - Sviluppare e applicare le procedure di gestione della biosicurezza nei laboratori e negli stabilimenti di allevamento e di utilizzo degli animali | Redigere i protocolli per le operazioni in campo in caso di emergenze sanitarie | La necessità di implementare i sistemi di biosicurezza nei laboratori è ormai condivisa a livello globale da tutte le organizzazioni e le agenzie internazionali. L'IZSAM riconosciuto a livello nazionale e internazionale per le sue eccellenze, grazie anche alla visione strategica della Direzione, si è dotato di un sistema di Biosicurezza che, per la parte documentale, è costituito da un manuale e dalle procedure operative necessarie per minimizzare i rischi ad un livello accettabile di un'esposizione accidentale del personale o al rilascio involontario di agenti biologici pericolosi e tossine nella comunità circostante o nell'ambiente. Il numero di persone in Istituto che manipola e immagazzina matrici biologiche, agenti biologici pericolosi e tossine è elevato e non sempre la conoscenza delle misure di biosicurezza indicate nelle procedure è diffusa e l'applicazione è costante. | Estensione e integrazione dei principi di biosicurezza come misure di prevenzione per l'Istituto (sede e sezioni), per il personale di laboratorio, per l'ambiente e per la fauna. Redazione di schede nelle quali sono indicate le misure specifiche di biosicurezza da applicare alle procedure tecniche (indicando il codice e la descrizione della SOP del Sistema Qualità IZSAM) che prevedono la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate. Le schede contengono le misure basate sulla classe di rischio degli agenti biologici, tossine e matrici biologiche (da 1 a 4), sul potenziale zoonotico dell'agente biologico, sulla modalità di trasmissione dell'agente biologico (diretta - aerosol, ingestione, ecc - o tramite vettore). | Schede che riportano le misure di biosicurezza efficaci e proporzionate per ridurre il rischio, da applicare alle procedure operative tecniche del sistema qualità IZSAM per le quali è prevista la manipolazione di agenti biologici, tossine o la manipolazione e l'eliminazione di matrici biologiche esaminate | Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale; Accettazione e Controllo; tutti i reparti afferenti ai laboratori: Sanità Pubblica; Controllo e Sicurezza degli Alimenti; Sicurezza Chimica degli Alimenti e dell'Ambiente; Ecosistemi Acquatici e Terrestri; Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini; Ricerca e Sviluppo (eccetto Reparto di Bioinformatica) e Sezioni Diagnostiche Provinciali | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di produzione e valutazione sperimentale ai requisiti della normativa europea | Sviluppare, validare, certificare secondo riconosciuti standard internazionali, materiali di riferimento, kit diagnostici, nuove metodologie (SOP) per il rilevamento e la caratterizzazione dei microrganismi ricercati [Adeguamento delle procedure analitiche ai requisiti previsti dalla legislazione di riferimento in vigore (Es. Regolamento 2017/625, Regolamento (UE) 2016/429, Regolamento delegato - 2020/689)] | Disponibilità del metodo analitico | Redazione di 2/3 procedure operative standard, validazione del metodo e richiesta di accreditamento delle prove entro il 2024 | Elenco Accredia aggiornato | Virologia e Colture cellulari, Scienze Statistiche e GIS, Assicurazione Qualità e Sistema Gestione Ambientale | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi e del sistema anticorruzione | 8.8 - Adeguare i metodi di prova ai requisiti della recente normativa europea | Validare i metodi di prova in conformità con le nuove regole europee e gestire il sistema qualità nei reparti conformemente al sistema vigente in IZSAM | Numero di non conformità e osservazioni rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Riduzione del 70% del numero di non conformità e osservazioni rispetto a quelle rilevate da parte dell'organismo di accreditamento e nella verifica ispettiva interna nel 2023 | Rapporto di verifica ispettiva interna, risultati della visita di Accredia e dell'ente di certificazione ISO 9001 | Tutti i reparti coinvolti nell'accREDITAMENTO ISO 17025 e nella certificazione ISO9001 | 3 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – LEGALE, ASSICURATIVO, PRIVACY E UPD e SERVIZIO DI PROTEZIONE E PREVENZIONE - Resp. Ambrosj

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|---|---|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Progettare e applicare un modello organizzativo basato sulla valutazione, sul monitoraggio, sullo sviluppo e sulla certificazione delle competenze del personale | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.2 - Promuovere l'innovazione nella formazione del personale dell'IZS - Teramo e di tutte le categorie di beneficiari esterni all'ente, per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche e manageriali richieste alle professionalità chiamate ad operare nel contesto della Salute Unica a livello locale, nazionale e internazionale | Adottare approcci e strumenti basati sull'applicazione di nuovi sistemi IT - come, ad esempio, l'Intelligenza Artificiale - all'analisi dei fabbisogni formativi per valutare, a livello individuale, i gap di conoscenza e competenza rispetto ad obiettivi didattici predefiniti, anche funzionali allo sviluppo di dossier formativi individuali pluriennali | Sop automezzi | Redazione del regolamento per l'utilizzo degli automezzi aziendali | Regolamento inviato alla Direzione | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | 2 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - RISORSE UMANE - Resp. Di Tommaso

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Razionalizzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale. | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi. | Presenza in IZS Teramo di due sistemi informativi a basso livello di integrazione: SILAB sviluppato dall'ITC per attività diagnostica e uno di Contabilità sviluppato da ditta esterna per la fatturazione degli esami diagnostici | Realizzazione della completa integrazione anche per favorire veloci e anticipati metodi di pagamento dei clienti privati esterni | Integrazione dei Sistemi | Tutte le strutture amministrative e l'ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Progettare e applicare un modello organizzativo basato sulla valutazione, sul monitoraggio, sullo sviluppo e sulla certificazione delle competenze del personale | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.2 - Promuovere l'innovazione nella formazione del personale dell'IZS - Teramo e di tutte le categorie di beneficiari esterni all'ente, per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche e manageriali richieste alle professionalità chiamate ad operare nel contesto della Salute Unica a livello locale, nazionale e internazionale | Adottare approcci e strumenti basati sull'applicazione di nuovi sistemi IT - come, ad esempio, l'Intelligenza Artificiale - all'analisi dei fabbisogni formativi per valutare, a livello individuale, i gap di conoscenza e competenza rispetto ad obiettivi didattici predefiniti, anche funzionali allo sviluppo di dossier formativi individuali pluriennali | Fascicoli e documentazione del personale cartacei | Avviare la digitalizzazione dei fascicoli e della documentazione del personale previa acquisizione di un apposito applicativo | 30% fascicoli del personale digitalizzati | ITC | 2 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|---|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione. | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - AFFARI GENERALI - Resp. Rasola

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|--|---|--|---|---|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e le strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficientamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | Presenza in IZS Teramo di due sistemi informativi a basso livello di integrazione: SILAB sviluppato dall'ITC per attività diagnostica e uno di Contabilità sviluppato da ditta esterna per la fatturazione degli esami diagnostici | Realizzazione della completa integrazione anche per favorire veloci e anticipati metodi di pagamento dei clienti privati esterni | Integrazione dei Sistemi | Tutte le strutture amministrative e l'ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.2 - Promuovere l'innovazione nella formazione del personale dell'IZS - Teramo e di tutte le categorie di beneficiari esterni all'ente, per lo sviluppo e l'aggiornamento delle competenze tecnico-scientifiche e manageriali richieste alle professionalità chiamate ad operare nel contesto della Salute Unica a livello locale, nazionale e internazionale | Adottare approcci e strumenti basati sull'applicazione di nuovi sistemi IT - come, ad esempio, l'Intelligenza Artificiale - all'analisi dei fabbisogni formativi per valutare, a livello individuale, i gap di conoscenza e competenza rispetto ad obiettivi didattici predefiniti, anche funzionali allo sviluppo di dossier formativi individuali pluriennali | Spese liquidate secondo prassi | Regolamento per la disciplina delle spese di rappresentanza | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | | 2 |
| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024 Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi – PATRIMONIO E LOGISTICA Resp. Mincione

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | Presenza in IZS Teramo di due sistemi informativi a basso livello di integrazione: SILAB sviluppato dall'ITC per attività diagnostica e uno di Contabilità sviluppato da ditta esterna per la fatturazione degli esami diagnostici | Realizzazione della completa integrazione anche per favorire veloci e anticipati metodi di pagamento dei clienti privati esterni | Integrazione dei Sistemi | Tutte le strutture amministrative e l'ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 – Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti e a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | Piattaforma e-procurement Versione 10.0 | Utilizzo al 100 % delle funzioni delle applicazioni della piattaforma di e-procurement nella nuova versione 11.0 certificata da AGID e ANAC negli appalti | https://izs.acquistitelematici.it | Reparto Sviluppo | 2 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITÀ TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS - Teramo 2024, Allegato 1 del PIAO 2024/2026
Piano dei Risultati attesi - CONTABILITA' E BILANCIO - Resp. De Flaviis Paola

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITA' TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a distanza | Dizionario delle competenze redatto | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale. Studio e avvio realizzazione del bilancio delle competenze del personale dipendente. | Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" | Tutte le strutture amministrative e la strutture tecniche scientifiche | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 2 - Sistemi informativi aziendali, Scienza dei dati e Intelligenza Artificiale | 5. Rafforzare l'infrastruttura tecnologica e le competenze sulle tecnologie emergenti, sui Big Data Analytics, sulle tecniche di apprendimento e sull'Intelligenza Artificiale. Questo consentirà di migliorare la posizione competitiva, garantire la condivisione sicura delle informazioni e delle conoscenze, favorire un percorso evolutivo multidisciplinare e aumentare la cooperazione dell'IZS-Teramo nello scenario nazionale e internazionale | 5.2 - Razionalizzare e semplificare l'infrastruttura digitale interna per l'efficiamento gestionale basato sulla condivisione dell'informazione e potenziare l'interoperabilità tra sistemi informativi per soddisfare le esigenze delle autorità competenti a beneficio della Salute Unica | Reingegnerizzare la INTRANET aziendale attraverso lo sviluppo di un portale dedicato al personale che, riprendendo le linee definite per il sito istituzionale, non costituisca solo una raccolta di servizi ma rappresenti un'area di comunicazione, informazione, collaborazione, gestione delle attività e semplificazione dei processi organizzativi | Presenza in IZS Teramo di due sistemi informativi a basso livello di integrazione: SILAB sviluppato dall'ITC per attività diagnostica e uno di Contabilità sviluppato da ditta esterna per la fatturazione degli esami diagnostici | Realizzazione della completa integrazione anche per favorire veloci e anticipati metodi di pagamento dei clienti privati esterni | Integrazione dei Sistemi | Tutte le strutture amministrative e l'ICT | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Introdurre strumenti che rafforzino ed estendano la premialità, anche attraverso l'utilizzo di risorse progettuali o comunque esterne al Fondo Sanitario Nazionale | Relazione in merito alle fonti di finanziamento della premialità extra fondi ordinari redatta | Regolamento in merito all'utilizzo di risorse economiche esterne ai fondi ordinari (conto terzi, progetti, convenzioni) adottato | Area internet | Tutte le strutture amministrative | 3 |
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 1 - Il capitale umano nel proprio contesto di lavoro e la formazione interna ed esterna | 4. Valorizzare il capitale umano per lo sviluppo competitivo dell'organizzazione attraverso la crescita degli individui e, per mezzo di essi, delle strutture nel sistema aziendale aperto | 4.1 - Orientare il reclutamento, l'assegnazione, la gestione e la formazione delle risorse umane e i relativi percorsi di carriera per migliorare il benessere organizzativo, l'efficacia, l'innovazione e la competitività | Sviluppare modalità lavorative innovative che coniughino l'efficiamento operativo con l'attenzione all'ambiente, al benessere lavorativo e alla qualità della vita del personale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali che favoriscano il lavoro a | Regole contabili introdotte dal Decreto Legislativo 118/01 | Piattaforma Mef: formazione del personale sul nuovo sistema contabile economico patrimoniale " ACCRUAL" (certificazione rilasciata all'interno della piattaforma del Mef) | Sito MEF : https://accrual.rgs.mef.gov.it/it/index.html | Reparto contabilità e bilancio | 2 |

| VALORE PUBBLICO | AMBITO STRATEGICO LINEE STRATEGICHE - AREA SCIENTIFICA PRIORITARIA E PRIORITA' TRASVERSALE | OBIETTIVO GENERALE | OBIETTIVO SPECIFICO | MISURA ATTUATIVA DELL'OBIETTIVO SPECIFICO | Stato di partenza (Baseline) | Risultato atteso nell'anno (Indice o indicatore) | Fonte dati (indicare la fonte dalla quale si traggono i dati a dimostrazione del risultato atteso) | Collaborazioni della MISURA (indicare il/i reparto/i coinvolto/i) | Rilevanza/ Pesatura della Misura |
|--|--|--|---|---|---|--|---|---|----------------------------------|
| Affrontare le sfide per la Salute Unica in una prospettiva globale | Priorità 5 - Sistemi di gestione qualità e biosicurezza globale | 8. Ottenere i riconoscimenti necessari a garanzia della qualità delle produzioni di presidi diagnostici e vaccini, delle sperimentazioni animali e della realizzazione e gestione dei sistemi informativi realizzati dall'Istituto. L'ottimizzazione dei tempi, dei costi, della rintracciabilità e della gestione delle risorse aumenterà la crescita della reputazione dei servizi offerti dall'IZS-Teramo, sia a livello nazionale che internazionale. Il tutto sarà gestito in modo trasparente a garanzia dell'anticorruzione | 8.5 - Potenziare le attività legate alla promozione dell'etica e della legalità per la prevenzione della corruzione | Continuare a incrementare le attività volte alla maggiore trasparenza e alla prevenzione della corruzione | Documentazione già presente nel sistema | Attuazione delle misure previste nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | /Home /Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "Giuseppe Caporale" /Altri contenuti - corruzione /Relazioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione | Tutte le strutture dell'ente | 1 |

IZS

T E R A M O



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



Allegato 2
Tabella di
Valutazione del
rischio 2024/2026

Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

| Denominazione Ufficio | Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini |
|---|---|
| Nominativo Dirigente | Mauro Di Ventura |
| <p>Descrizione processi (fonte: modifiche apportate all'atto del monitoraggio alla deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale")</p> | <p>Garantisce la qualità, l'efficacia, l'affidabilità e la distribuzione dei presidi diagnostici e profilattici prodotti per l'attuazione dei piani di risanamento e per il miglioramento delle produzioni zootecniche</p> <p>Garantisce lo sviluppo e l'innovazione delle metodiche per la produzione dei presidi diagnostici e profilattici coordinando le attività dei reparti a cui tali attività sono affidate</p> <p>Provvede alla gestione economica delle attività del laboratorio</p> <p>Produce gli antigeni di stato "Antigene unico al Rosa Bengala per la Siero Agglutinazione Rapida" e "Tubercolina PPD Bovina"</p> <p>Produce gli antigeni brucellari per il Centro di Referenza Nazionale delle Brucellosi</p> <p>Produce l'Antigene PPCB per il Centro di Referenza Nazionale delle Malattie Esotiche</p> <p>Produce presidi diagnostici di origine batterica</p> <p>Produce vaccini stabulogeni ed autovaccini</p> <p>Produce i terreni di coltura</p> <p>Esegue la liofilizzazione e confezione dei prodotti biologici</p> <p>Applica il Sistema Qualità</p> <p>Gestisce i progetti di ricerca di propria competenza</p> <p>Effettua attività di formazione nelle aree di competenza</p> <p>Opera nel rispetto della normativa sulla sperimentazione animale</p> <p>Gestisce le colture cellulari, i ceppi virali e i ceppi di emoprotozoi</p> <p>Produce e gestisce sieri positivi e negativi per malattie virali e emoprotozoarie secondo le esigenze dei clienti interni ed esterni</p> <p>Produce e gestisce antigeni virali e emoprotozoari per la produzione di presidi diagnostici quali kit ELISA, vetrini per immunofluorescenza e reagenti da utilizzare nelle prove sierologiche</p> <p>Svolge attività di ricerca e sviluppo di vaccini virali, con particolare riferimento alle malattie esotiche, e di strumenti diagnostici innovativi tramite l'utilizzo di proteine ricombinanti</p> <p>Applica il Sistema Qualità</p> <p>Partecipa a progetti di ricerca nazionali ed internazionali</p> <p>Effettua attività di formazione nei settori di propria competenza</p> |
| Rapporti interfunzionali | <p>Gerarchico: Direttore Generale</p> <p>Gerarchico: risponde al Direttore Sanitario per tutte le attività di competenza. Supporta il Direttore Generale per le attività appartenenti alla propria competenza specialistica</p> <p>Funzionale: Collabora con gli altri laboratori per lo studio e la messa a punto di metodi per la produzione di presidi diagnostici, e profilattici da utilizzare per l'attuazione dei piani di risanamento e per il miglioramento delle produzioni zootecniche di patologie in campo veterinario, per lo sviluppo di attività di ricerca e di servizi innovativi, curando le relazioni interfunzionali</p> <p>Contribuisce al miglioramento dell'impiego delle risorse umane e strumentali, attraverso l'integrazione tra reparti e laboratori diversi, in base a esigenze operative e competenze specifiche</p> <p>Esterno: su delega del Direttore Generale o del Direttore Sanitario, rappresenta l'Istituto all'esterno, esprimendone la posizione tecnico-scientifica riferita all'area specialistica di competenza. Partecipa a riunioni, eventi, iniziative promosse dal Ministero della Salute, dalle Regioni, da altri enti, istituzioni, associazioni e organizzazioni nazionali e internazionali in cui è necessario esprimere la competenza generale delle aree tecnico-scientifiche di appartenenza</p> |

Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

| | |
|--|---|
| Denominazione Ufficio | Direzione sanitaria |
| Nominativo Dirigente | Giacomo Migliorati |
| <p>Descrizione processi (fonte: modifiche apportate all'atto del monitoraggio alla deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale")</p> | <p>ACCETTAZIONE E CONTROLLO</p> <p>1. Assicura la verifica e il controllo dei campioni consegnati e la corretta registrazione dei dati riportati nella documentazione che accompagna il campione stesso.</p> <p>2. Garantisce la corretta gestione di tutti i campioni (controllo ufficiale, autocontrollo, sperimentazione interna, prove interlaboratorio), prelevati dagli organi deputati al Controllo Ufficiale e da tutti gli altri clienti, costituiti da materiale alimentare e non alimentare conferiti all' IZSAM.</p> <p>3. Provvede alla custodia dei campioni conferiti in più aliquote</p> <p>4. Prepara e distribuisce i campioni ai Reparti della sede Centrale e/o alle Sezioni e il Centro ricerche per gli Ecosistemi Marini e Pesca distaccati</p> <p>5. Accetta i campioni di presunte sostanze stupefacenti, sia per l'analisi quali-quantitativa sia per il campionamento delle sostanze ai fini della loro distruzione.</p> <p>6. Provvede alla trasmissione dei risultati analitici mediante l'elaborazione del rapporto di prove e del certificato di analisi.</p> <p>6.1 Archivia elettronicamente tutti i documenti relativi al campione (verbale di prelievo, rapporti di prova per i campioni esaminati da un laboratorio non IZSAM, comunicazione relative al campione, verbali di apertura del campione)</p> <p>7. Esegue le attività in conformità alla norma ISO 17025 e a quanto riportato nei documenti del Sistema Qualità</p> <p>8. Armonizza le attività di accettazione e controllo tra Sede Centrale e Sezioni</p> <p>9. Definisce e verifica le modalità operative di interfaccia tra il SILAB e i sistemi informativi nazionali</p> <p>10. Alimenta i sistemi informativi con i dati risultanti dagli accertamenti eseguiti dai reparti e genera i dati per l'esecuzione delle analisi epidemiologiche</p> <p>11. Fornisce supporto, consulenza e assistenza al cliente istituzionale e privato</p> <p>12. Effettua attività di formazione nelle aree di competenza</p> <p>13. Esegue le attività in conformità alla norma ISO 17025 e a quanto riportato nei documenti del Sistema Qualità</p> <p>14. Armonizza le attività di accettazione e controllo tra Sede Centrale e Sezioni</p> <p>15. Definisce e verifica le modalità operative di interfaccia tra il SILAB e i sistemi informativi nazionali</p> <p>16. Alimenta i sistemi informativi con i dati risultanti dagli accertamenti eseguiti dai reparti e genera i dati per l'esecuzione delle analisi epidemiologiche</p> <p>11. Fornisce supporto, consulenza e assistenza al cliente istituzionale e privato</p> <p>12. Effettua attività di formazione nelle aree di competenza</p> <p>SEZIONI DIAGNOSTICHE</p> <p>17. Assicura il controllo dei campioni consegnati e la corretta registrazione dei dati che li accompagnano</p> <p>18. Effettua l'accettazione e la distribuzione dei campioni consegnati e la refertazione dei risultati di analisi</p> <p>19. Archivia i documenti di accompagnamento dei campioni</p> <p>20. Esegue esami necroscopici su carcasse od organi di animali (principalmente selvatici)</p> <p>21. Esegue le prove di laboratorio per la diagnosi delle principali malattie infettive batteriche, parassitarie e micotiche negli animali da reddito, d'affezione, selvatici e nelle api</p> <p>22. Esegue le prove di laboratorio sugli alimenti destinati all'uomo (incluse le acque) e agli animali per la ricerca degli agenti e delle tossine causa di malattia trasmesse dagli alimenti all'uomo e agli animali.</p> <p>23. Esegue le prove di laboratorio per la determinazione dei parametri di legge relativi al latte bovino e di altre specie destinati all'alimentazione umana.</p> <p>24. Esegue le prove di laboratorio per la determinazione dei parametri di legge relativi ai molluschi eduli lamellibranchi e ai prodotti della pesca destinati all'alimentazione umana.</p> <p>25. Effettua studi per la caratterizzazione del miele</p> <p>26. Esegue esami sierologici su campioni di sangue animale per la ricerca di anticorpi nei confronti di malattie batteriche e virali</p> <p>27. Effettua attività di ricerca in autonomia e in cooperazione tecnico-scientifica con la Sede Centrale</p> <p>28. Esegue il servizio diagnostico e di assistenza esterna con sopralluoghi sul campo</p> <p>29. Produce e distribuisce i terreni di coltura liquidi ai reparti diagnostici dell'Istituto</p> <p>30. Fornisce consulenza al cliente istituzionale e privato</p> <p>31. Esegue le attività in conformità alla norma ISO 17025 e a quanto riportato nei documenti del Sistema Qualità</p> <p>32. Effettua il lavaggio, sterilizzazione e preparazione della vetreria e del materiale necessario all'esecuzione delle attività</p> <p>33. Gestisce lo smaltimento dei rifiuti in conformità con la normativa vigente, applicando tutte le precauzioni di legge nel caso di trattamento di rifiuti a rischio infettivo e chimico (sostanze chimiche pericolose)</p> <p>34. Effettua la formazione di studenti, laureandi, dottorandi, specializzandi e laureati che frequentano i laboratori per periodi di tirocinio pratico, post-lauream o stages</p> <p>35. Gestisce la cassa economale della sezione</p> |
| | Rapporti interfunzionali |

Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

| | |
|---|--|
| Denominazione Ufficio | Formazione e Progettazione |
| Nominativo Dirigente | Giacomo Migliorati |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | <ol style="list-style-type: none"> 1) Facilita la partecipazione dell'Istituto a progetti finanziati dai principali donors nazionali e internazionali, con i quali intrattiene relazioni finalizzate alla promozione del "Sistema Istituto", nei settori della ricerca, sviluppo e innovazione, formazione e gestione della conoscenza, assistenza tecnica; 2) Coordina il processo di partecipazione ai progetti dal reperimento del bando alla valutazione degli esiti dei progetti realizzati, assicurando il necessario supporto tecnico e amministrativo; 3) Garantisce che la partecipazione a progetti, convenzioni e accordi di collaborazione, sia effettuata nel rispetto delle strategie definite dall'Istituto per il livello regionale, nazionale e internazionale; 4) Gestione amministrativa di progetti di ricerca 5) Rendicontazione dei progetti di ricerca 6) Assicura la produzione di servizi di alta formazione manageriale e specialistica e di gestione della conoscenza con metodologie tradizionali e innovative; 7) Garantisce la formazione continua del personale dell'Istituto in coerenza con i processi di sviluppo e miglioramento organizzativo; 8) Lavora secondo gli standard della norma ISO 9001:2008 (entro la fine del 2016 ISO 9001:2015); 9) Progetta e gestisce incontri didattici e visite guidate destinate a studenti delle scuole di ogni ordine e grado; 10) Gestisce le sedi destinate alle attività formative. |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Risponde al Direttore generale e supporta la Direzione strategica, dalla quale recepisce le strategie |

| Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE | |
|--|--|
| Denominazione Ufficio | Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD |
| Nominativo Dirigente | Fabrizio Piccari |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | <ol style="list-style-type: none"> 1. Istruisce pratiche relative a contenziosi 2. Supporta e indirizza (su input delle Direzioni) nella gestione del contenzioso al legale nominato 3. Predisporre atti (deliberazioni comprese) e conserva i documenti connessi alla gestione del contenzioso legale, dalla nomina dei legali al pagamento del compenso, con quanto di ulteriore tra i due momenti 4. Formula pareri pro veritate di carattere giuridico 5. Gestisce atti di gara assicurativa e sinistri dell'Ente 6. Gestisce la pubblicazione di deliberazioni e verbali degli Organi. 7. Gestisce le problematiche relative alla privacy. 8. Gestisce tutte le attività relative ai procedimenti disciplinari. |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Direttore Amministrativo |

| Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE | |
|--|--|
| Denominazione Ufficio | Cotabilità e Bilancio |
| Nominativo Dirigente | Paola De Flaviis |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | 1) Predisposizione Bilancio economico preventivo 2) Predisposizione e assegnazione budget ai reparti competenti e comunicazione programma di spesa 3) Rilevazione contabile di tutti i fatti gestionali 4) Predisposizione Bilancio di Esercizio 5) Gestione rapporti con la Tesoreria e Banca D'Italia 6) Emissione ordinativi di pagamento e relativi obblighi connessi (DURC-Equitalia) 7) Gestione e controllo casse dell'Istituto 8) Monitoraggio dei ricavi 9) Gestione flusso amministrativo per la registrazione di fatture relative ad acquisizioni di beni e servizi 10) Emissione ordinativi d'incasso 11) Stesura del piano dei conti e relativo aggiornamento. 12) Gestione della Fatturazione elettronica passiva 13) Adempimenti relativi al D.L. 66/2014 14) Richieste e controllo DURC 15) Gestione pagamenti P.A. 16) Rapporti con organo di controllo 17) Gestione Cassa Economale 18) Gestione Siope 19) Fatturazione attiva elettronica e cartacea sieri e vaccini, diagnosi, azienda agricola, marche auricolari, progetti 12.000 (annue) 20) Adempimenti Iva 21) Contabilità generale 22) Collaborazioni |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Direttore Amministrativo |

| Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE | |
|--|---|
| Denominazione Ufficio | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP |
| Nominativo Dirigente | Claudia Rasola |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione e gestione di convenzioni con altri enti, Università, organismi internazionali 2. Gestione amministrativa dei contratti per prestazioni a pagamento rese a terzi 2. Supporto amministrativo necessario alla gestione dell'attività formativa legata e/o derivante da progetti di ricerca, e alla gestione di quella propria dell'Istituto 4. Gestione di ogni altra attività non rientrante nella competenza degli altri Reparti 5. Accettazione, registrazione e distribuzione della corrispondenza in entrata ed uscita 6. Archiviazione e conservazione dei documenti in entrata ed in uscita 7. Gestione attività relazioni con il pubblico |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Direttore Amministrativo |

| Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE | |
|--|--|
| Denominazione Ufficio | Patrimonio e logistica |
| Nominativo Dirigente | Angelo Mincione |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | <p>1 Gestione dell'Albo dei professionisti e delle pratiche relative ad affidamenti di incarichi di progettazione, D.L. e accessori</p> <p>2 Gestione delle procedure amministrative riguardanti l'acquisto e l'alienazione di immobili</p> <p>3 Gestione amministrativa degli interventi tecnici relativi alle straordinarie manutenzioni di immobili, impianti e pertinenze</p> <p>4 Supporto all'Agenzia Manutenzioni e Servizi Esecutivi per gli adempimenti amministrativi connessi alla esecuzione degli interventi tecnici di ordinaria manutenzione su immobili, impianti e pertinenze</p> <p>5 Gestione dei contratti di manutenzione preventiva su impianti della sede centrale e delle sezioni con Ditte esterne</p> <p>6 Gestione degli adempimenti amministrativi riguardanti la raccolta e stoccaggio dei rifiuti tossici e nocivi (D.lgs. 152/2006 e ss.mm.ii.), comprese le denunce annuali, richieste e/o rinnovi di autorizzazioni, pratiche Albo smaltitori, ecc.)</p> <p>7 Gestione delle procedure amministrative per le verifiche e la manutenzione di impianti tecnologici, anche a cura di ASL e INAIL (autoclavi, paranchi, ascensori, impianti di messa a terra, ecc.)</p> <p>8 Gestione locazioni/comodati immobili utilizzati per attività istituzionale</p> <p>9 Esecuzione degli interventi di ordinaria manutenzione su immobili, impianti dell'Istituto</p> <p>10 Attività di progettazione Direzione Lavori Coordinamento della sicurezza relativamente a ristrutturazioni interni o progettazioni di piccola entità</p> <p>11 Gestione appalti per beni e servizi</p> <p>12 Gestione contratti di fornitura</p> <p>13 Gestione sistema qualità del Reparto</p> <p>14 Gestione albo fornitori</p> <p>15 Gestione approvvigionamento di prodotti e servizi</p> <p>16 Gestione servizi di manutenzioni ed interventi tecnici sui beni mobili e immateriali (software)</p> <p>17 Gestione contratti di manutenzione in abbonamento su beni mobili</p> <p>18 Gestione e tenuta dell'inventario dei beni mobili e immobili</p> <p>19 Gestione e stoccaggio dei prodotti in magazzino</p> |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Direttore Amministrativo |

| Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE | |
|--|---|
| Denominazione Ufficio | Reparto risorse umane |
| Nominativo Dirigente | Luca Di Tommaso |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | <ol style="list-style-type: none"> 1. Supporta nella pianificazione delle assunzioni 2. Gestisce le procedure di reclutamento del personale con contratto di lavoro dipendente ed autonomo 3. Gestisce le presenze ed assenze 4. Gestisce gli aspetti giuridici relativi al personale con contrat |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Direttore Amministrativo |

| Sezione I: INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE | |
|--|---|
| Denominazione Ufficio | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali |
| Nominativo Dirigente | Mirella Ivana Cravero |
| Descrizione processi (fonte: deliberazione n.8 del 25.11.2016 "adozione determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale") | 1) Supporta il Direttore Generale e il Direttore Sanitario nella pianificazione delle proprie attività 2) Organizza le missioni nazionali e internazionali e fornisce assistenza tecnico-logistica 3) Organizza e gestisce l'accoglienza dei clienti e le riunioni 4) Si occupa della comunicazione telefonica con i clienti interni ed esterni 5) Gestisce i flussi informativi in entrata ed in uscita, la corrispondenza, l'archiviazione cartacea ed informatica dei documenti relativi alla struttura 6) Filtra e svolge attività di mediazione nelle relazioni fra i differenti livelli aziendali; analizza le esigenze e riferisce ai vertici 7) Supporta gli organi dell'Ente nelle relative attività |
| Rapporti interfunzionali | Gerarchico: Direttore Amministrativo |

| MAPPATURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUPTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|--|--|-------------------------|--|--|---|---|---|--|--|--|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | VASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | | | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| | | | | | | | | Giudizio sintetico | Motivazione | Misura di prevenzione (GENERALI/SPECIFICHE) | Tipologia di misura | Tempi di attuazione | Indicatori di attuazione | Target | Soggetto responsabile del trattamento | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico semplice | Ricezione istanza | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Tardività nello smistamento all'Ufficio competente | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Il rischio è basso per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di ricezione dell'istanza | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico semplice | Accoglimento o rigetto istanza | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Illegittimo accoglimento o illegittimo diniego della richiesta | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Comunicazione dell'esito al richiedente con motivazione in caso di diniego | 100% | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico semplice | Ricerca e esperimento documenti | Responsabile della pubblicazione sul Portale della Trasparenza | Tardività negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | In fase di ricerca/esperimento | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico semplice | Pubblicazione documentazione | Responsabile della pubblicazione sul Portale della Trasparenza/Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza/Direttore Generale | Tardività negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto della pubblicazione | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico generalizzato | Riesame | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | Illegittimo accoglimento o illegittimo diniego della richiesta Tardività negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | Durante la procedura di riesame | Rispetto delle disposizioni previste dal Regolamento Verificabili nel registro degli accessi | 100% | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Accessi alla Sede Centrale | Gestione degli accessi | Identificazione degli utenti e registrazione del settore o della persona che andranno a visitare | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Furto, danneggiamento, manomissione, contatti con i dipendenti per scopi illeciti | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è medio per la presenza di strumenti di controllo | Sistemi informativi | Controllo | All'ingresso nell'Ente | Verifica casi di furto, danneggiamento o manomissione | zero casi di furto, danneggiamento o manomissione | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Accessi alla Sede Centrale | Gestione degli accessi | Identificazione degli utenti e registrazione del settore o della persona che andranno a visitare | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Furto, danneggiamento, manomissione, contatti con i dipendenti per scopi illeciti | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è medio per la presenza di strumenti di controllo | Procedura operativa standard SOP007 rev.6 | Controllo | All'ingresso nell'Ente | Verifica casi di furto, danneggiamento o manomissione | zero casi di furto, danneggiamento o manomissione | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Accessi alla Sede Centrale | Gestione degli accessi | Identificazione degli utenti e registrazione del settore o della persona che andranno a visitare | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Furto, danneggiamento, manomissione, contatti con i dipendenti per scopi illeciti | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento dell'identificazione degli utenti e della registrazione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Gestione dell'agenda del Direttore Generale (DG), del Direttore Sanitario (DS) e del Direttore Amministrativo (DA) | Ricerca richieste appuntamenti/incontri/visite | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali | Divulgazione di notizie riservate relative agli incontri dei Direttori | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento della ricezione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Gestione dell'agenda del Direttore Generale (DG), del Direttore Sanitario (DS) e del Direttore Amministrativo (DA) | Comunicazione ai Direttori delle richieste appuntamenti/incontri/visite | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali | Mancata o ritardata comunicazione ai direttori | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Con cadenza giornaliera | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Gestione dell'agenda del Direttore Generale (DG), del Direttore Sanitario (DS) e del Direttore Amministrativo (DA) | Pianificazione degli appuntamenti/incontri/visite | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali | Divulgazione di notizie riservate relative agli incontri dei Direttori/Mancata o ritardata pianificazione | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di strumenti di controllo | Sistemi informativi | Controllo | Con cadenza giornaliera | Controllo del dirigente del corretto uso delle agende informative | 100% | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Gestione della corrispondenza assegnata per competenza/visione ai Direttori | Presentazione della documentazione all'esame dei Direttori | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali | Ritardo nella trasmissione. Diffusione di informazioni riservate a soggetti terzi coinvolti. | Scarsa responsabilizzazione interna | Basso | Il rischio è medio per la presenza di strumenti di controllo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Con cadenza giornaliera | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | ALTRE AREE | Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Gestione della corrispondenza assegnata per competenza/visione ai Direttori | Presentazione della documentazione all'esame dei Direttori | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali | Ritardo nella trasmissione. Diffusione di informazioni alla i soggetti terzi coinvolti. | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è medio per la presenza di strumenti di controllo | Sistemi informativi | Controllo | Con cadenza giornaliera | Controllo del dirigente del corretto uso delle agende informative | 100% | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | AREE DI RISCHIO SPECIFICHE: | Automezzi aziendali | Gestione automezzi | Utilizzo automezzi di servizio | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali, Direttore Generale, Direttore Amministrativo | Utilizzo improprio degli automezzi di servizio per attività non istituzionali | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di strumenti di controllo | Sistemi informativi ISTEALSOPO02: "PROCEDURA PER LA PREVENZIONE E L'UTILIZZO DELLE AUTOVEICOLI DI SERVIZIO" | Controllo | penazione e rientro automezzo | Controllo del dirigente e del personale delegato del corretto uso dell'applicativo automezzi | 100% | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | AREE DI RISCHIO SPECIFICHE: | Automezzi aziendali | Gestione automezzi | Utilizzo automezzi di servizio | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali, Direttore Amministrativo | Utilizzo improprio degli automezzi di servizio per attività non istituzionali | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Durante l'uso del automezzo | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | AREE DI RISCHIO SPECIFICHE: | Automezzi aziendali | Gestione automezzi | Utilizzo carte carburante | Responsabile della Segreteria di direzione e Organi Collegiali, Direttore Amministrativo | Utilizzo improprio delle carte carburante degli automezzi di servizio | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Durante l'uso del automezzo | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile della Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Pianificazione delle assunzioni | Ricognizione esigenze | Ricognizione delle esigenze | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Sopravalutazione/sottovalutazione del fabbisogno al fine di favorire il reclutamento di determinati candidati | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Alto | Il grado di discrezionalità è alto e l'interesse sono molto elevati e maturo/oggettivo il rischio corruttivo. Il rischio è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa e dalle misure legate agli aspetti dell'et | Approvazione da parte delle Regioni Abruzzo - Molise del fabbisogno | Regolamentazione | Misura attuata continuamente in occasione del processo | Rispetto del fabbisogno come approvato | n. di assunzioni/anno | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Indizione procedura di selezione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Requisiti di accesso volti a favorire uno o più candidati o che limitano la partecipazione | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Verifica CGG | Controllo | Al momento della predisposizione degli atti procedurali fondamentali | numero concorsi/selezioni con un solo partecipante | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Inosservanza del conflitto di interessi Dure diligenze | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento della predisposizione della commissione | Acquisizione dichiarazioni di inosservanza del conflitto di interessi dei membri della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane/RISCC | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati/Eventuali situazioni di conflitto di interessi | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Formazione del personale | Formazione | Nell'ambito delle programmazioni delle attività formative aziendali | Attività formativo-informativa frequentata | 760% | n. dipendenti del reparto formalizzati, dipendenti del reparto | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Rispetto dell'art. 35 bis D. Lgs. 16/5/2001 | Controllo | Al momento della predisposizione della commissione | Acquisizione dichiarazioni firmate per art. 35 bis D.Lgs. 16/5/2001 (condamniati per reati contro l'F.A.) da i membri della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Selezione | Commissione concorso | Mancato rispetto dell'anonimato nella prova scritta/Mancanza di imparzialità della Commissione nell'espletamento e nella valutazione della prova orale | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è alto e l'interesse sono molto elevati. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa e dalle misure legate agli aspetti dell'etica comunitaria | Contenziale presenza di almeno due membri di commissione all'atto dell'espletamento di tutte le prove previste dalla procedura selettiva | Controllo | Al momento dell'espletamento della procedura selettiva | Redazione di verbali delle prove concorsuali | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Approvazione e pubblicazione graduatoria | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle leggi a garanzia di trasparenza e pubblicità | Alto grado di interesse | Medio | Il rischio è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa e dalle misure legate agli aspetti dell'etica comunitaria | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento dell'approvazione della graduatoria | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assunzione | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | La presenza di parametri normati/tramite predefiniti attenua il livello di rischio | Corretto espletamento di tutte le procedure di controllo previste dalla legge | Controllo | Al momento della presentazione della documentazione necessaria all'assunzione | Raccolta e verifica della documentazione necessaria per l'assunzione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assunzione | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | La formazione in materia di etica e legalità attenua il livello di rischio | Formazione del personale | Formazione | Al momento della presentazione della documentazione necessaria all'assunzione | Eventi formativi frequenti | 760% | n. dipendenti del reparto formalizzati, dipendenti del reparto | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assunzione | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | Il controllo del rispetto del Codice di comportamento attenuano il rischio corruttivo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento della presentazione della documentazione necessaria all'assunzione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |

| MAPPAURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | |
|-----------------------------|---|--------------|---|--|--|--|--|-------------------------|---|--|--|---|------|---|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | VASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Assunzione in violazione delle norme limitative della spesa del personale o in assenza di una reale esigenza organizzativa | Inosservanza di regole procedurali al fine di favorire soggetti particolari | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalla presenza di previsioni normative chiare disciplinanti la fattispecie. Il rischio corruttivo è medio. | Rispetto degli atti di programmazione del fabbisogno di personale dell'Ente | Controllo | Approvazione del documento di determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Indizione procedura della selezione pubblica | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Requisiti di accesso volta a favorire uno o più candidati o che limitano la partecipazione | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Verifica della predeterminazione dei requisiti di partecipazione, della loro specificità, concretezza e corrispondenza alle necessità rilevate | Controllo | Al momento della predisposizione degli atti procedurali fondamentali | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Espletamento procedura di mobilità | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inserimento criteri di valutazione tendenti a favorire o discriminare uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Verifica della predeterminazione dei requisiti di partecipazione, della loro specificità, concretezza e corrispondenza alle necessità rilevate | Controllo | Al momento dell'espletamento della procedura | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Espletamento procedura di mobilità | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inserimento criteri di valutazione tendenti a favorire o discriminare uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio perché contrastato dalla misura di disciplina del conflitto di interessi. | Conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento dell'espletamento della procedura | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Assunzione categorie protette (L.68/1999) | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Svolgimento irregolare della procedura | Inosservanza di regole procedurali al fine di favorire soggetti particolari | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalla presenza di previsioni normative chiare disciplinanti la fattispecie. Il rischio corruttivo è medio. | Fissazione dei requisiti di ammissibilità | Controllo | Al momento dell'espletamento della procedura | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Assunzione categorie protette (L.68/1999) | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Svolgimento irregolare della procedura | Inosservanza di regole procedurali al fine di favorire soggetti particolari | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalla presenza di previsioni normative chiare disciplinanti la fattispecie. Il rischio corruttivo è medio. | Conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento dell'espletamento della procedura | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento della predisposizione della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso volta a favorire uno o più candidati/eventuali situazioni di conflitto di interessi | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Formazione del personale | Formazione | Nell'ambito delle programmazioni delle attività formative aziendali | 76% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Rispetto dell'art. 35 bis D. Lgs. 165/2001 | Controllo | Al momento della predisposizione della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Selezione | Commissione concorso | Mancato rispetto dell'annunzio nella prova scritta/Mancanza di imparzialità della Commissione nell'espletamento e nella valutazione della prova orale | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio poiché è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Contenziale presenza di idoneo dei membri di commissione all'atto dell'espletamento di tutte le prove previste dalla procedura selettiva | Controllo | Al momento dell'espletamento della procedura selettiva | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Selezione | Commissione concorso | Mancato rispetto dell'annunzio nella prova scritta/Mancanza di imparzialità della Commissione nell'espletamento e nella valutazione della prova orale | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio poiché è mitigato dalla misura di disciplina del conflitto di interessi. | Conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento dell'espletamento della procedura selettiva | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Selezione | Commissione concorso | Mancato rispetto dell'annunzio nella prova scritta/Mancanza di imparzialità della Commissione nell'espletamento e nella valutazione della prova orale | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio poiché è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Rispetto dell'art. 35 bis D. Lgs. 165/2001 | Controllo | Al momento dell'espletamento della procedura selettiva | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Approvazione e pubblicazione graduatoria | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle leggi a garanzia di trasparenza e pubblicità | Alto grado di interesse | Medio | Il livello di interesse è elevato. Il rischio corruttivo è medio poiché è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa e dalle misure legate agli aspetti dell'etica comportamentale. | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento dell'approvazione della graduatoria finale | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assunzione | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | La presenza di parametri normativamente predefiniti attenua il livello di rischio all'assunzione. | Corretto espletamento di tutte le procedure di controllo previste ex lege | Controllo | Al momento della predisposizione della documentazione necessaria all'assunzione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assunzione | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | La formazione in materia di etica e legalità attenua il livello di rischio. | Formazione del personale | Formazione | presentazione della documentazione necessaria all'assunzione | 76% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assunzione | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | Il controllo del rispetto del Codice di comportamento attenua il rischio corruttivo comportamentale. | Codice di comportamento | Definizione e promozione del codice di comportamento | Al momento della predisposizione della documentazione necessaria all'assunzione | 10 | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Verifica dei requisiti di assunzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Conferimento incarico in violazione del conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la PA, nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzioni tra privati, altri reati contemplati nell'art.80 comma 1 del Dlgs 50/2016 | Conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la PA, nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzioni tra privati, altri reati contemplati nell'art.80 comma 1 del Dlgs 50/2016 | Medio | Il rischio è medio perché esistono sufficienti misure di controllo e trasparenza atte a contrastare il fenomeno | Dichiarazione Due Diligence | Controllo | Prima dell'incarico | 100% | Responsabile Anticorruzione/Trasparenza |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Assunzione del personale a tempo indeterminato del comparto e della dirigenza | Assunzione | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Assunzione in violazione una reale esigenza organizzativa | Inosservanza di regole procedurali al fine di favorire soggetti particolari | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalla presenza di previsioni normative chiare disciplinanti la fattispecie. Il rischio corruttivo è medio. | Rispetto degli atti di programmazione del fabbisogno di personale dell'Ente | Controllo | Al momento della redazione degli atti predispositivi all'assunzione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Mobilità verso l'esterno | Rilascio assenso | Direttore Generale | Absenza di criteri oggettivi in fase di comparazione delle domande/Inserimento criteri di valutazione tendenti a favorire o discriminare uno o più candidati | Scarsa responsabilizzazione interna/Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | La discrezionalità è mitigata dall'inserimento di criteri predefiniti e oggettivi che garantiscono una valutazione ponderata e imparziale. | Fissazione di criteri idonei ad una oggettiva valutazione delle domande | Controllo | Precedentemente alla valutazione delle domande di mobilità | 10 | Responsabile Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Mobilità verso l'interno | Espletamento procedura | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inserimento criteri di valutazione tendenti a favorire o discriminare uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Verifica della predeterminazione dei requisiti di partecipazione, della loro specificità, concretezza e corrispondenza alle necessità rilevate | Controllo | Precedentemente alla valutazione delle domande di mobilità | 100% | Responsabile Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Acquisizione e progressione del personale | Reclutamento | Mobilità verso l'interno | Espletamento procedura | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inserimento criteri di valutazione tendenti a favorire o discriminare uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il rischio è attenuato dall'inserimento di criteri predefiniti e oggettivi che garantiscono una valutazione ponderata e imparziale. | Fissazione di criteri idonei ad una oggettiva valutazione delle domande | Controllo | Precedentemente alla valutazione delle domande di mobilità | 10 | Responsabile Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Progressioni di carriera | Reclutamento | Progressioni di carriera | Espletamento procedura | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inserimento criteri di valutazione tendenti a favorire o discriminare uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Fissazione di criteri idonei ad una oggettiva valutazione delle domande | Controllo | All'atto di espletamento della procedura | 10 | Responsabile Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Indizione procedura della selezione pubblica | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Requisiti di accesso volta a favorire uno o più candidati o a limitare la partecipazione alla procedura | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Verifica della predeterminazione dei requisiti di partecipazione, della loro specificità, concretezza e corrispondenza alle necessità rilevate | Controllo | Al momento della predisposizione degli atti procedurali fondamentali | 100% | Responsabile Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento della predisposizione della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati/eventuali situazioni di conflitto di interessi | Uno improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse resta elevato. Il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Formazione del personale | Formazione | Nell'ambito delle programmazioni delle attività formative aziendali | 76% | Responsabile del Reparto Risorse Umane |

| MAPPAURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|--|--|---|---|-------------------------|--|---|---|--|--|--|---|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | VASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Costituzione Commissione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Irregolare composizione della Commissione di concorso a vantaggio di uno o più candidati | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Medio | Rispetto dell'art. 35 bis D. Lgs. 165/2001 | Controllo | Al momento della predisposizione della commissione | Acquisizione dichiarazioni firmate per art. 35 bis D. Lgs. 165/2001 (condannati per reati contro la P.A.) dai membri della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Selezione | Commissione concorso | Mancato rispetto dell'anonimato nella prova scritta/Mancanza di imparzialità della Commissione nell'esplicitamento e nella valutazione della prova orale | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Medio | Contenziale presenza di almeno due membri di commissione all'atto dell'esplicitamento di tutte le prove previste dalla procedura selettiva | Controllo | Al momento dell'esplicitamento della procedura selettiva | Redazione di verbali delle prove concorsuali | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Selezione | Commissione concorso | Mancato rispetto dell'anonimato nella prova scritta/Mancanza di imparzialità della Commissione nell'esplicitamento e nella valutazione della prova orale | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Medio | Rispetto dell'art. 35 bis D. Lgs. 165/2001 | Controllo | Al momento dell'esplicitamento della procedura selettiva | Acquisizione dichiarazioni firmate per art. 35 bis D. Lgs. 165/2001 (condannati per reati contro la P.A.) dai membri della commissione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Approvazione e pubblicazione graduatoria | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle leggi a garanzia di trasparenza e pubblicità | Alto grado di interesse | Medio | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento dell'approvazione della graduatoria | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Verifica dei requisiti di assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assegnazione dell'incarico | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | La presenza di parametri normativamente predefiniti attenua il livello di rischio | Controllo | Al momento della presentazione della documentazione necessaria all'assegnazione dell'incarico | Raccolta e verifica della documentazione necessaria per l'assunzione | 100% | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Verifica dei requisiti di assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assegnazione dell'incarico | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | La formazione in materia di etica e legalità attenua il livello di rischio | Formazione del personale | Formazione | Al momento della presentazione della documentazione necessaria all'assegnazione dell'incarico | Eventi formativi frequentati | 76% n. dipendenti del reparto formati/totali dipendenti del reparto | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Verifica dei requisiti di assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Inosservanza delle norme previste per i controlli dovuti per l'assegnazione dell'incarico | Alterazione/manipolazione della documentazione | Medio | Il controllo del rispetto del Codice di comportamento attenua il rischio corruttivo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento della presentazione della documentazione necessaria all'assegnazione dell'incarico | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinati per violazioni/totali dipendenti in servizio nel reparto | Responsabile del Reparto Risorse Umane |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Verifica dei requisiti di assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Conferimento incarico in violazione del conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la P.A. nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzioni tra privati, altri reati contemplati nell'art. 80 comma 1 del Dlg 50/2016 | Conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la P.A. nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzioni tra privati, altri reati contemplati nell'art. 80 comma 1 del Dlg 50/2016 | Medio | Il rischio è medio perché esistono sufficienti misure di controllo e trasparenza atte a contrastare il fenomeno | Dichiarazione Due Diligence | Controllo | Prima dell'incarico | Acquisizione e verifica dichiarazioni due diligence | 100% | Responsabile Anticorruzione/Trasparenza |
| Risorse Umane | Conferimento incarichi di collaborazione | Reclutamento | Conferimento incarichi di collaborazione | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Assegnazione dell'incarico in assenza di reali necessità | Alto grado di interesse | Medio | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento della redazione degli atti predefiniti all'assunzione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinati per violazioni/totali dipendenti in servizio nel reparto | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Conferimenti incarichi di docenza | Conferimenti incarichi di docenza | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Individuazione di soggetti senza comparazione dei curricula | Alto grado di interesse | Medio | Fissazione di criteri idonei ad una oggettiva valutazione delle domande | Controllo | All'atto di esplicitamento della procedura | Congua verifica del corretto utilizzo dei criteri di valutazione | n. numero dei ricorsi presentati/in procedure | Responsabile Reparto Formazione | |
| Risorse Umane | Conferimenti incarichi di docenza | Conferimenti incarichi di docenza | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Individuazione di soggetti senza comparazione dei curricula | Alto grado di interesse | Medio | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | All'atto di esplicitamento della procedura | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile Reparto Formazione | |
| Risorse Umane | Conferimenti incarichi di docenza | Conferimenti incarichi di docenza | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Individuazione di soggetti senza comparazione dei curricula | Alto grado di interesse | Medio | Inesistenza del conflitto di interessi | Conflitto di interessi | Al momento dell'incarico | Acquisizione e verifica dichiarazioni del conflitto di interessi | 100% | Responsabile Reparto Formazione | |
| Risorse Umane | Conferimento incarico Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo | Conferimento incarico Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo | Conferimento incarichi | Nomia Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Risorse Umane/Responsabile Anticorruzione e Trasparenza | Conferimento incarico in violazione delle norme sulle inconferibilità/incompatibilità | Conflitto di interessi con l'attività dell'istituto o assenza interesse istituzionale alla situazione | Medio | Il rischio è medio perché esistono sufficienti misure di controllo e trasparenza atte a contrastare il fenomeno | Verifica della inconferibilità e incompatibilità di incarichi | Controllo | Prima dell'incarico | Acquisizione e verifica dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità | 100% | Responsabile Anticorruzione/Trasparenza |
| Risorse Umane | Conferimento incarico Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo | Conferimento incarico Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo | Conferimento incarichi | Nomia Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Risorse Umane/Responsabile Anticorruzione e Trasparenza | Conferimento incarico in violazione del conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la P.A. nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzioni tra privati, altri reati contemplati nell'art. 80 comma 1 del Dlg 50/2016 | Conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la P.A. nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzioni tra privati, altri reati contemplati nell'art. 80 comma 1 del Dlg 50/2016 | Medio | Il rischio è medio perché esistono sufficienti misure di controllo e trasparenza atte a contrastare il fenomeno | Dichiarazione Due Diligence | Controllo | Prima dell'incarico | Acquisizione e verifica dichiarazioni due diligence | 100% | Responsabile Anticorruzione/Trasparenza |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Stipendi | Calcolo retribuzioni dovute | Responsabile Risorse Umane | Importi calcolati in difformità rispetto a quanto prescritto dal quadro normativo e contrattuale, assenza dei presupposti per l'erogazione di somme anche a sostegno del reddito e del controllo delle dichiarazioni dei redditi | Esercizio prolungato della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti | Basso | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabilità delle informazioni | Controllo | Periodicamente | Utilizzo del Sistema informativo | n. di procedimenti disciplinati per violazioni/totali dipendenti in servizio nel reparto | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Stipendi | Erogazione retribuzione accessoria | Direttore Generale/Responsabile Reparto Risorse Umane | Liquidazione importi in assenza dei presupposti di legge/ erogazione a pioggia delle retribuzioni accessorie/Utilizzo di criteri comparativi non idonei ad assicurare la corretta valutazione delle diverse fattispecie | Mancanza di trasparenza/ineadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Validazione del ciclo della performance | Controllo | Annualmente | Validazione dell'OV | 100% | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Orario di lavoro | Rilevazione orario effettuato | Direttore Generale/Responsabile Reparto Risorse Umane/Responsabile del Reparto a cui afferisce il dipendente | Mancata verifica della rilevazione dell'orario effettuato | Mancanza di trasparenza/ineadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabilità delle informazioni | Controllo | Periodicamente | Utilizzo del Sistema informativo | n. di procedimenti disciplinati per violazioni/totali dipendenti in servizio nel reparto | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Missione | Autorizzazione missione in Italia o all'estero | Responsabile dipendente autorizzato alla missione/Direttore Generale | Missione effettuata in assenza di autorizzazione/missione effettuata al di fuori dell'ambito autorizzato/missione effettuata per finalità personali/missione effettuata per attività remunerative non connesse all'Amministrazione di appartenenza | Mancanza di trasparenza/ineadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabilità delle informazioni | Controllo | Periodicamente | Rispetto del Codice di comportamento | N. missioni autorizzate/anno | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Missione | Verifica documentazione prodotta per spese di missione | Responsabile dipendente autorizzato alla missione/Responsabile Reparto Risorse Umane | Mancata verifica della documentazione prodotta | Alterazione/manipolazione della documentazione | Basso | Il controllo del rispetto del Codice di comportamento attenua il rischio corruttivo | Controllo | All'atto della presentazione della documentazione | Rispetto del Codice di comportamento | spese autorizzate per missioni/anno | Responsabile del Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Missione | Liquidazione | Direttore Generale/Responsabile Reparto Risorse Umane | Autorizzazione alla liquidazione di somme non dovute | Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza | Medio | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabilità delle informazioni | Controllo | All'atto di liquidazione | Rispetto del Sistema informativo per tutte le liquidazioni | 100% | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Missione | Liquidazione | Direttore Generale/Responsabile Reparto Risorse Umane | Autorizzazione alla liquidazione di somme non dovute | Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza | Medio | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabilità delle informazioni | Controllo | All'atto di liquidazione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinati per violazioni/totali dipendenti in servizio nel reparto | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Risorse Umane | Altre Aree | Autorizzazioni | Incarchi istituzionali ed extra istituzionali attribuiti ai dipendenti | Rilascio dell'autorizzazione al dipendente | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Risorse Umane | Intrattenere altri rapporti di lavoro autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitualità professionale e esercitare attività imprenditoriali a danno dell'ufficio in conflitto con gli scopi istituzionali | Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza | Medio | Il rischio è medio per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento dell'Ente | Durante la procedura | Controllo del dirigente sul rispetto del Regolamento | 100% | Responsabile Reparto Risorse Umane | |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | Programmazione | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Comip S.p.a.; 5. Adesione a gara in minore d'acquisto o esplicita dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Processo di analisi e definizione dei fabbisogni, redazione ed aggiornamento del programma triennale per servizi e forniture | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Alto | Rispetto del Codice di comportamento | Controllo | All'atto della programmazione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinati per violazioni/totali di soggetti coinvolti | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | |

| MAPPAURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | |
|-----------------------------|--------------------|--|----------------|---|---|--|---|-------------------------|--|---|---|--|--|---|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | FASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Programmazione | Processo di analisi e definizione del fabbisogno, redazione ed aggiornamento del programma triennale per servizi e forniture | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità | Mancanza di Trasparenza | Medio | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | All'atto della programmazione | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Definizione delle specifiche tecniche; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità- fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate | Mancanza di controlli | Basso | Programma annuale di acquisti di beni e servizi | Controllo | All'atto della programmazione | Indagini di mercato | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Nomina del responsabile del procedimento; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Nomina di responsabile del procedimento in conflitto di interessi Nomina del medesimo RUP per favorire un determinato operatore economico | Disciplina del Conflitto di interessi | Basso | Inassistentia del conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento della nomina | Acquisizione dichiarazioni | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Nomina del responsabile del procedimento; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Nomina di responsabile del procedimento che si preconcitino e situazioni vantaggiose presso il soggetto privato con cui entra in contatto in occasione del rapporto di lavoro | esercizio prolungato della responsabilità del processo da parte di pochi soggetti | Basso | Patto di corresponsabilità | Controllo | Al momento della nomina | Controllo della sottoscrizione del contratto | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Individuazione degli elementi essenziali del contratto; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Definizione degli elementi del progetto (capitolato etc.) al fine di favorire un'impresa, proiezioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti | Mancanza di controlli | Medio | Obbligo di corredare la definizione dei requisiti di accesso con criteri motivazionali adeguati | Controllo | In fase di progettazione | Verifica del dirigente della presenza della motivazione | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Determinazione dell'importo del contratto; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere | Mancanza di controlli | Medio | Motivazione analitica del provvedimento di autorizzazione a contrattare, in relazione al calcolo del valore complessivo dell'appalto, comprensivo | Controllo | In fase di progettazione | Presenza dei requisiti negli atti | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Medio | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento della scelta della procedura | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazione, dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata senza bando anche per procedure PNRR | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Artificioso ricorso alla procedura negoziata senza bando in assenza di idonea motivazione o in ragione della volontà di favorire uno specifico operatore economico | Mancato rispetto della programmazione degli acquisti | Medio | Motivazione analitica del provvedimento con particolare riferimento ai casi di "unicità fornitore" o altre casistiche previste dalla legge. | Controllo | In fase di progettazione | Presenza negli atti di adeguata motivazione e presenza dei requisiti nei documenti | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso all'affidamento diretto anche per acquisti PNRR | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Artificioso ricorso all'affidamento diretto o in ragione di frazionamenti o in ragione della volontà di favorire uno specifico operatore economico | Mancato rispetto della programmazione degli acquisti | Medio | Motivazione analitica del provvedimento di affidamento diretto, con particolare riferimento alla verifica dei requisiti e al rispetto del principio di rotazione | Controllo | In fase di progettazione | Presenza negli atti di adeguata motivazione e presenza dei requisiti nei documenti | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Progettazione | Delibera a contratto, predisposizione di atti e documenti di gara; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti | Mancata programmazione Conflitto di interessi Frazionamento | Medio | Obbligo di corredare la definizione dei requisiti di accesso, in particolare di quelli tecnico-economici dei concorrenti, con criteri motivazionali adeguati | Controllo | In fase di affidamento | Verifica del dirigente della presenza della motivazione | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |

| MAPPAURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|--|----------------------|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|---|------|---|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | FASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Publicatione del bando e gestione delle informazioni complementari; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito | Mancanza di Trasparenza | Medio | Publicatione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento della pubblicazione | Publicatione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte complementari; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Fissazione di termini artificialmente preordinati a favorire uno o più concorrenti | Mancanza di Trasparenza | Medio | Publicatione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento della pubblicazione | Publicatione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Trattamento e custodia della documentazione di gara; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Alterazione o sottrazione della documentazione di gara | Mancanza di controlli | Basso | uso della piattaforma informatica con sistemi di marcatura temporale e/o firma digitale | Sistemi Informativi | Controllo | Durante la procedura di gara | uso della piattaforma informatica con sistemi di marcatura temporale e/o firma digitale | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Nomina della commissione di gara; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti | Disciplina del Conflitto di interessi | Medio | Acquisizione dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi da parte dei membri della commissione | Insussistenza del conflitto di interessi | Disciplina del Conflitto di interessi | Al momento della nomina | Acquisizione dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interesse da parte dei membri della commissione | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Nomina della commissione di gara; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti | Mancanza di controlli | Medio | Acquisizione dichiarazioni firmate per art. 35 bis D.Lgs. 162/2001 (condannati per reati contro la P.A.) dai membri della commissione | Rispetto dell'art. 35 bis D. Lgs. 162/2001 | Controllo | Al momento della nomina | Acquisizione dichiarazioni firmate per art. 35 bis D.Lgs. 162/2001 (condannati per reati contro la P.A.) dai membri della commissione | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Gestione delle sedute di gara; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito | Mancanza di controlli | Medio | Verifica negli atti della corretta applicazione dei criteri | Stragenero obbligo motivazionale scavalca all'applicazione di criteri di aggiudicazione | Controllo | Durante la procedura di gara | Verifica negli atti della corretta applicazione dei criteri | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Verifica dei requisiti di partecipazione; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito | Regolamentazione | Medio | Verifica della presentazione del documento | Patti di integrità | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Verifica della presentazione del documento | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Verifica dei requisiti di partecipazione; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito | Regolamentazione | Medio | Rispetto del regolamento | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Rispetto del regolamento | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Verifica dei requisiti di partecipazione; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Conferimento incarico in violazione del conflitto di interessi o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la PA, nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzione tra privati, altri reati contemplati nell'art. 40 comma 1 del Dlgs 50/2016 | Mancanza di controlli | Medio | Dichiarazione due diligence | Procedura Due diligence | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Rispetto della procedura di Due Diligence | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Valutazione delle offerte; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito | Regolamentazione | Medio | Rispetto del regolamento | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Rispetto del regolamento | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |

| MAPPATURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | | |
|------------------------------|--------------------|--|--|---|---|--|---|-------------------------|--|--|---|---|---|---|---|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | FASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Annullamento della gara. | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito | Manca di controlli | Medio | Verifica da parte della Direzione delle motivazioni di annullamento del bando | Stringente obbligo motivazionale in merito alle ragioni dell'annullamento | Controllo | All'atto di annullamento | Verifica da parte della Direzione delle motivazioni di annullamento del bando | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Verifica dell'aggiudicazione e stipula contratto | Verifica dei requisiti e formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti | Manca di Trasparenza | Medio | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento della pubblicazione | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Verifica dell'aggiudicazione e stipula contratto | Verifica dei requisiti e formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | L'operatore economico ha stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del divieto di pantouflage | Manca di controlli | Medio | Dichiarazione di assenza di pantouflage al momento dell'iscrizione nella piattaforma telematica degli appalti in cui risulta che l'operatore economico dichiara di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. 50/2016. | Pantouflage | Controllo | In fase di affidamento | Acquisizione dichiarazione | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Verifica dell'aggiudicazione e stipula contratto | Stipula del contratto | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Contratto stipulato in violazione della normativa al fine di favorire un aggiudicatario | Manca di Trasparenza | Medio | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | Al momento della pubblicazione | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei risultati delle singole prove e della graduatoria finale | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Esecuzione contratto | Approvazione delle modifiche del contratto originario; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Modifiche fatte in violazione della normativa al fine di favorire l'aggiudicatario | Manca di controlli | Medio | Verifica della presenza delle motivazioni a sostegno delle modifiche negli atti | Stringente obbligo di motivazione correlata alle ragioni a sostegno delle modifiche negli atti | Controllo | All'atto di modifica | Verifica della presenza delle motivazioni a sostegno delle modifiche negli atti | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Esecuzione contratto | Autorizzazione al subappalto; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Manca valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa al fine della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e limiti di legge, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore | Manca di controlli | Medio | Verifica della previsione all'interno del bando di gara di avvalersi del subappalto | Previsione all'interno del bando di gara della possibilità di avvalersi del subappalto | Controllo | All'atto di predisposizione del bando di gara | Verifica della previsione all'interno del bando di gara di avvalersi del subappalto | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Esecuzione contratto | Ammissione delle varianti; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri | Manca di controlli | Medio | Verifica della presenza delle motivazioni a sostegno delle modifiche negli atti | Stringente obbligo di motivazione delle ragioni tecnico-economiche sottese all'ammissibilità della variante negli atti | Controllo | All'atto di approvazione del bando di gara | Verifica della presenza delle motivazioni a sostegno delle modifiche negli atti | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Esecuzione contratto | Verifiche in corso di esecuzione; | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Manca o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Medio | Rispetto del Codice di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Durante l'esecuzione del contratto | Rispetto del Codice di comportamento | 10 n. di procedimenti disciplinari per violazioni/n. dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Esecuzione contratto | Effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, indebito riconoscimento premi accelerazione o mancato riconoscimento indebito penali. | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Basso | Rispetto del Codice di comportamento | Monitoraggio premi accelerazione penal/riserve Audit | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Alla fine dell'esecuzione del contratto | Rispetto del Codice di comportamento | 10 n. di procedimenti disciplinari per violazioni/n. dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica |

| MAPPIATURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | |
|---|--------------------|--|---|---|---|--|---|-------------------------|---|---|--|---|---|---|--|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | FASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | | |
| Contratti pubblici | | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Ricaricamento per equivalente in contenziosi appalti PNRR | Verifica dell'esistenza di accordi collusivi per favorire risarcimenti indebiti | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica/Ufficio legale | Possibili accordi collusivi per favorire il riconoscimento di risarcimenti, conguagli, al soggetto non aggiudicatario; nomina come titolare del potere sostitutivo di soggetti che versano in una situazione di conflitto di interessi; attivazione del potere sostitutivo in assenza dei presupposti al fine di favorire particolari operatori economici. | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Medio | Rispetto del Codice di comportamento | Trasparenza Al termine dell'attività | Rispetto del Codice di comportamento | 10 n. di procedimenti disciplinari per violazioni/n. dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | | |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedure aperte; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Rendicontazione | Verifica della corretta esecuzione del contratto | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante, attraverso l'effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Medio | Rispetto del Codice di comportamento | Al termine dell'attività | Rispetto del Codice di comportamento | 10 n. di procedimenti disciplinari per violazioni/n. dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | | |
| Patrimonio e logistica | Contratti pubblici | 1. Gare per lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria - procedura aperta; 2. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - procedura negoziata; 3. Gare per lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria - affidamento diretto; 4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.; 5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza; 6. Affidamento servizi di ingegneria e architettura. | Selezione contraente | Affidamento diretto | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica | Scelta del contraente effettuata in violazione del principio di creazione o al solo fine di favorire uno specifico operatore economico; rischio frazionamento artificioso | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Medio | Rispetto della regolamentazione interna (Regolamento per acquisti sotto-soglia). Codice di comportamento. Due diligence | Al termine dell'attività | Rispetto del Regolamento acquisti sotto-soglia | Numero affidamenti diretti/Numero totale affidamenti | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | | |
| Patrimonio e logistica | Altre Aree | Magazzino | Gestione del magazzino | Gestione dei prodotti | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | Inosservanza delle procedure di gestione del magazzino/Sottrazione materiali | Mancanza di controlli | Basso | Corretto utilizzo del Sistema Informativo IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE SCORTE DI MAGAZZINO" | Controllo | Al momento della ricezione della merce | Controllo del dirigente sull'utilizzo dei registri informativi di carico-scarico merci | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | |
| Patrimonio e logistica | Altre Aree | Magazzino | Gestione del magazzino | Movimentazione e distribuzione | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | Inosservanza delle procedure di gestione del magazzino/Sottrazione materiali | Mancanza di controlli | Basso | Corretto utilizzo del Sistema Informativo IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE SCORTE DI MAGAZZINO" | Controllo | Al momento della movimentazione della merce | Controllo del dirigente sull'utilizzo dei registri informativi di carico-scarico merci | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | |
| Patrimonio e logistica | Altre Aree | Magazzino | Gestione del magazzino | Gestione rimanenze | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | Inosservanza delle procedure di gestione del magazzino/Sottrazione materiali | Mancanza di controlli | Basso | Corretto utilizzo del Sistema Informativo IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE SCORTE DI MAGAZZINO" | Controllo | Periodicamente | Controllo del dirigente sull'utilizzo dei registri informativi di carico-scarico merci | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | |
| Patrimonio e logistica | Altre Aree | Foresteria | Gestione foresteria | Utilizzo camere o arancioni | Responsabile del Servizio/Responsabile del Reparto Patrimonio e Logistica/Direttore Generale | Utilizzo improprio della foresteria per attività non istituzionali | Regolamentazione | Basso | Regolamento del dirigente sul rispetto del Regolamento | Regolamentazione | Periodicamente | Controllo del dirigente sul rispetto del Regolamento | 100% | Responsabile Reparto Patrimonio e Logistica | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni/protocolli d'intesa/accordi di collaborazione | Sottoscrizione convenzione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/Ufficio Progetti | Sottoscrizione convenzione contraria agli interessi dell'Ente | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Medio | Inosservanza del conflitto di interessi IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE CONVENZIONI/PROTOCOLLI D'INTESA/ACCORDI DI PROGRAMMA" | Disciplina del conflitto di interessi | All'atto della stipula | Verifica presenza dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi aggiornata | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/Ufficio Progetti | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni per donazioni e liberalità verso terzi | Gestione attività attribuzione borse di studio, dottorati etc. | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Donazioni e liberalità effettuata in favore di soggetti terzi al fine di mascherare un indebito pagamento. | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Code di comportamento Due diligence sulla transazione | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento | Prima di procedere all'erogazione del contributo o della stipula della convenzione | Rispetto del Codice di comportamento | 10 n. di procedimenti disciplinari per violazioni/n. dipendenti in servizio nel Reparto | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/Ufficio Progetti | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni/protocolli d'intesa/accordi di collaborazione con riferimento a progetti di rilievo estero | Gestione attività attribuzione progetti | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/ufficio-progetti | Sottoscrizione convenzione contraria agli interessi dell'Ente | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Medio | Inosservanza del conflitto di interessi IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE CONVENZIONI/PROTOCOLLI D'INTESA/ACCORDI DI PROGRAMMA" | Disciplina del conflitto di interessi | All'atto della stipula | Verifica presenza dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi aggiornata | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/ufficio progetti | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni/protocolli d'intesa/accordi di collaborazione con riferimento a borse di studio, dottorati di ricerca etc. | Gestione attività attribuzione borse di studio, dottorati etc. | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Assegnazione di contributi a titolo di borsa di studio, dottorato etc. al fine di favorire specifici soggetti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Code di comportamento IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE CONVENZIONI/PROTOCOLLI D'INTESA/ACCORDI DI PROGRAMMA" | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento | Prima di procedere all'erogazione del contributo o della stipula della convenzione | Rispetto del Codice di comportamento e della procedura di sistema | Numero di convenzioni stipulate/anno | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni/protocolli d'intesa/accordi di collaborazione | Gestione attività convenzione | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Gestione convenzione contraria agli interessi dell'Ente | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Code di comportamento IZSTEC/IS/POA/PA/ "GESTIONE DELLE CONVENZIONI/PROTOCOLLI D'INTESA/ACCORDI DI PROGRAMMA" | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento | In fase di gestione della convenzione | Rispetto del Codice di comportamento e della procedura di sistema | Numero di convenzioni stipulate/anno | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni/protocolli d'intesa/accordi di collaborazione a seguito di sponsorizzazioni o joint raising dell'istituto | Gestione attività ripetimento fondi sponsorship per realizzare attività congiuntistiche inerenti la mission dell'istituto | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | La ricezione di contributi può nascondere una dazione corruttiva | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Code di comportamento Regolamento sponsorizzazioni e liberalità due diligence sul partner | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento Due diligence per conflitto di interessi | Prima di procedere alla stipula di atti di impegno o di avvisi pubblici | Rispetto del Codice di comportamento e della procedura di sistema | Numero di convenzioni stipulate/anno | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso ai documenti amministrativi | Ricerca istanza | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Ritardo nello smistamento all'Ufficio competente | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di ricezione dell'istanza | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso ai documenti amministrativi | Accoglimento o rigetto istanza | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Illegittimo accoglimento o illegittimo diniego della richiesta | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Comunicazione dell'esito al richiedente con motivazione in caso di diniego | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso ai documenti amministrativi | Ricerca e reperimento documenti | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Ritardo negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | In fase di ricerca/reperimento | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso ai documenti amministrativi | Trasmissione documentazione | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Ritardo negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto della trasmissione | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico generalizzato | Ricerca istanza | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/Direttore Generale | Tranquillità nello smistamento all'Ufficio competente | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di ricezione dell'istanza | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | | Accesso agli atti | Gestione richieste accesso civico generalizzato | Accoglimento o rigetto istanza | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Illegittimo accoglimento o illegittimo diniego della richiesta | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Comunicazione dell'esito al richiedente con motivazione in caso di diniego | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | |

| MAPPAURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|--|-------------------------|--|--|---|---|--|----------------|---|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | VASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico | Accesso agli atti | Gestione richiedente accesso civico generalizzato | Ricerca e riferimento documentario, informazioni, dati | Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP/Direttore Generale | Tardività negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | In fase di ricerca/repertorio | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico | Accesso agli atti | Gestione richiedente accesso civico generalizzato | Trasmissione documentazione, informazioni, dati | Direttore Generale/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Tardività negli adempimenti | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza di regolamentazione specifica | Regolamento di Accesso ai documenti, accesso civico, accesso civico generalizzato | Regolamentazione | All'atto della trasmissione | Rispetto dei tempi previsti nel Regolamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Individuazione dei partners progettuali | Direttore generale/Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP | Scelta dei partner proclinata al favoreggiamento di soggetti già individuati o affidamenti di attività in conflitto di interessi | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione; il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Motivazione analitica circa la scelta del partner connessa da adeguata documentazione a sostegno della discrezionalità tecnica con approvazione da parte del Direttore Generale. | Controllo | In fase di esecuzione | Presenza negli atti di adeguata motivazione sulle ragioni della scelta | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Individuazione dei partners progettuali | Direttore generale/Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP | Scelta dei partner proclinata al favoreggiamento di soggetti già individuati o affidamenti di attività in conflitto di interessi | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione; il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Inesistenza del conflitto di interessi | Disciplina del conflitto di interessi | All'atto della predisposizione | Verifica presenza dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi aggiornata | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Individuazione dei partners progettuali | Direttore generale/Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP | Scelta dei partner proclinata al favoreggiamento di soggetti già individuati o affidamenti di attività in conflitto di interessi | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione; il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | All'atto della predisposizione | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Esecuzione progetto | Direttore generale/Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP | Rimodulazione del budget non corrispondente alle necessità del progetto | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione; il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Atto di approvazione, da parte della Direzione, di eventuali rinvii/delazioni del budget corretta da apposita motivazione | Controllo | In fase di esecuzione | Presenza negli atti di autorizzazione di adeguata motivazione sulle ragioni di rimodulazione | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Esecuzione progetto | Direttore generale/Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP | Rimodulazione del budget non corrispondente alle necessità del progetto | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione; il rischio corruttivo è medio. Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | In fase di esecuzione | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Rendicontazione | Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Omessa verifica della documentazione presentata/Rendicontazione non conforme al bando | Inosservanza delle norme previste a garanzia di trasparenza e pubblicità | Medio | Il controllo operato dal Controllo di Gestione aziendale attenua il rischio corruttivo | Controllo di gestione | Controllo | In fase di rendicontazione | validazione da parte del controllo di gestione | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Liquidazione | Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Autorizzazioni al pagamento in assenza di controlli sull'attività svolta | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il controllo del rispetto del Codice di comportamento attenua il rischio corruttivo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento | In fase di liquidazione | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile Reparto Formazione e Progettazione/Responsabile Reparto Affari Generali, Archivio, protocollo, URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Altre Aree | Protocollo | Gestione protocollo | Ricezione documento | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Mancato rispetto dei tempi di gestione del documento per favorire un soggetto/rao/azienda non commissioni dei plichi di gara | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabili delle informazioni | Corretto utilizzo del Sistema informatico | Controllo | All'atto della ricezione | Utilizzo del sistema informatico per tutti i documenti in arrivo | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Altre Aree | Protocollo | Gestione protocollo | Ricezione documento | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Mancato rispetto dei tempi di gestione del documento per favorire un soggetto/rao/azienda non commissioni dei plichi di gara | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Il rischio corruttivo è basso poiché è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento | Al momento della ricezione del documento | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP |
| Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Altre Aree | Protocollo | Gestione protocollo | Attribuzione protocollo e smistamento del documento | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP | Errata attribuzione del protocollo o smistamento per favorire un soggetto | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Il rischio corruttivo è basso poiché è mitigato dalla misura di definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento | Al momento della registrazione del documento | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile del Reparto Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Liquidazione fatture | Registrazione documento | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Tempistiche di pagamento fatture differenziate arbitrariamente | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Basso | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabili delle informazioni | Sistemi informativi | Controllo | Al momento della ricezione | Utilizzo del Sistema informatico per la registrazione | 100% | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Liquidazione fatture | Liquidazione | Responsabile Reparto ciascuno per la propria area di competenza | Liquidazione di somme non dovute | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Processo informatizzato di gestione a norma e tracciabili delle informazioni | Sistemi informativi/Contabilità | Controllo | Al pagamento | Utilizzo del Sistema informatico per tutte le liquidazioni | 80% | Responsabile Reparto ciascuno per la propria area di competenza |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Liquidazione fatture | Liquidazione | Responsabile Reparto ciascuno per la propria area di competenza | Liquidazione di somme non dovute | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Processo informatizzato di gestione a norma e tracciabili delle informazioni | Codice di comportamento/Contabilità | Etica della legalità | Al pagamento | Absenza di procedimenti disciplinari | 100% | Responsabile Reparto ciascuno per la propria area di competenza |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Liquidazione fatture | Pagamento | Direttore Generale/Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Ritardato o mancato pagamento | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | La formazione in tem di etica e legalità attenua il livello di rischio | Formazione del personale/Regolamento di contabilità | Formazione | Nell'anno solare | Eventi formativi frequentati | 100% | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Gestione cassa economale sede centrale e sezioni | Gestione incassi e uscite | Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Incassi non registrati/Liquidazioni non dovute | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il controllo del rispetto del Codice di Comportamento attenua il rischio corruttivo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Durante le movimentazioni di cassa | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Gestione cassa economale sede centrale e sezioni | Registrazioni di cassa | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Omissioni controlli | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il controllo del rispetto del Codice di Comportamento attenua il rischio corruttivo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Durante le movimentazioni di cassa | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Gestione cassa economale sede centrale e sezioni | Registrazioni di cassa | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Omissioni controlli | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è attenuato dal controllo dei Revisori dei Conti | Controllo dei revisori dei conti | Controllo | Durante le movimentazioni di cassa | Controllo dei revisori dei conti | nessun rilievo | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Gestione cassa economale sede centrale e sezioni | Registrazioni di cassa | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Omissioni controlli per mancata chiusura di cassa | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Il rischio è attenuato dal controllo dei Revisori dei Conti | Controllo dei revisori dei conti | Controllo | Annuale | Controllo dei revisori dei conti | nessun rilievo | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Pagamenti | Gestione cassa economale sede centrale e sezioni | Reintegrando fondo cassa economica | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Omissioni controlli | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Basso | Il controllo del rispetto del Codice di Comportamento attenua il rischio corruttivo | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | In fase di reintegro | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Contabilità e Bilancio | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Gestione entrate | Fatturazione attiva | Emissione fattura | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Omissioni controlli | Mancanza di trasparenza | Basso | Il rischio è mitigato dalla presenza di regolamentazione specifica | Tarifario | Regolamentazione | In fase di fatturazione | Rispetto del tariffario | 100% | Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio |
| Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Affari Legali e contenzioso | Tutela giudiziale | Incarichi legali | Nomina legale | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Nomina del professionista in mancanza di adeguata comparazione dei curricula e dei preventivi | Mancanza di trasparenza | Medio | Il rischio è mitigato dalla presenza di regolamentazione specifica | Albo interno/Rotazione incarichi | Regolamentazione | Al momento dell'individuazione del professionista | Verifica della presenza del nominativo del professionista all'interno dell'Albo e allertanza degli stessi | 90% | Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD |
| Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Affari Legali e contenzioso | Tutela giudiziale | Incarichi legali | Nomina legale | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Nomina del professionista in mancanza di adeguata comparazione dei curricula e dei preventivi | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Medio | Il grado di discrezionalità è mitigato dalle misure di trasparenza e regolamentazione. Il livello di interesse è elevato. Il rischio corruttivo è medio poiché contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Inesistenza del conflitto di interessi | Disciplina del conflitto di interessi | Al momento dell'incarico al professionista | Verifica presenza dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi aggiornata | 100% | Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD |
| Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Affari Legali e contenzioso | Tutela giudiziale | Incarichi legali | Gestione del precontenzioso | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Ritardo o omissione nella trasmissione di tutta la documentazione utile per la difesa dell'istituto al fine di cercare un vantaggio o svantaggio a un determinato soggetto o categoria | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Durante lo svolgimento del procedimento | Ricezione di una relazione sulla controversia con allegato tutta la documentazione cartacea necessaria trasmessa dal dirigente responsabile della struttura cui si riferisce il procedimento | 100% | Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD |
| Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Affari Legali e contenzioso | Tutela giudiziale | Incarichi legali | Ricezione della parcella | Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Inadeguata valutazione della parcella | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al momento del conferimento incarico | Verifica di congruità con il preventivo | 100% | Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD |
| Legale, Assicurativo, Privacy e UPD | Affari Legali e contenzioso | Tutela giudiziale | Incarichi legali | Liquidazione | Direttore Generale/Direttore Amministrativo/Responsabile Reparto Contabilità e Bilancio | Autorizzazione alla liquidazione di somme non dovute | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è contrastato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Al termine dell'incarico | Controllo da parte del responsabile che autorizza la liquidazione | 100% | Responsabile Reparto Legale, Assicurativo, Privacy e UPD |
| Formazione e Progettazione | Acquisizione e progressione del personale | Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di docenza | Programmazione, progettazione eventi formativi | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Programmazione, progettazione non rispondente alle necessità dell'Ente | Uso improprio o distorto della discrezionalità | Alto | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | Rispetto del Codice di comportamento | Rispetto del Codice di comportamento | 100% | Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione |
| Formazione e Progettazione | Acquisizione e progressione del personale | Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Individuazione di soggetti senza comparazione dei curricula | Scarsa responsabilizzazione interna/Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | La discrezionalità è mitigata dall'inserimento di criteri preferenziali e oggettivi che garantiscono una valutazione ponderata e imparziale | Fixazione di criteri idonei ad una oggettiva valutazione delle domande | Controllo | All'atto di espletamento della procedura | Congrua verifica del corretto utilizzo dei criteri di valutazione | 100% | Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione |
| Formazione e Progettazione | Acquisizione e progressione del personale | Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Individuazione di soggetti senza comparazione dei curricula | Mancanza di trasparenza | Medio | Il rischio corruttivo è medio poiché è limitato dalle misure di trasparenza adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Trasparenza Amministrativa | Trasparenza | All'atto di espletamento della procedura | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente degli incarichi | 100% | Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione |
| Formazione e Progettazione | Acquisizione e progressione del personale | Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Conflitto di interessi | Scarsa responsabilizzazione interna/Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio corruttivo è medio poiché è limitato dalle misure di trasparenza adottate senza limitare l'efficienza organizzativa. | Inesistenza del conflitto di interessi | Disciplina del conflitto di interessi | Al momento dell'incarico | Acquisizione di dichiarazioni di insussistenza del conflitto di interessi | 100% | Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione |

| MAPPATURA PROCESSI-ATTIVITA' | | | | | IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | | | | | TRATTAMENTO DEL RISCHIO | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|--|-------------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| UFFICIO | AREA | PROCESSO | ATTIVITA' | VASI | RESPONSABILE DEL PROCESSO | DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO A RISCHIO | FATTORI ABILITANTI | VALUTAZIONE DEL RISCHIO | INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE | | PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | | | | |
| Formazione e Progettazione | Acquisizione e progressione del personale | Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di direzione | Assegnazione dell'incarico | Direttore Generale/Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione | Iterazione di incarichi (conferimenti con frequenza agli stessi incarichi) | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Rotazione degli incarichi | Rotazione | Al momento dell'incarico | Rotazione degli incarichi | area n. di ricorsi presentati, degli incarichi assegnati | Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione |
| Formazione e Progettazione | Acquisizione e progressione del personale | Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di direzione | Liquidazione | Direttore Amministrativo/Responsabile Scientifico del Progetto/Responsabile Reparto Formazione e Progettazione | Autorizzazioni al pagamento in assenza di controlli sull'attività svolta | Inadeguata diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | In fase di liquidazione | Rispetto del Codice di comportamento | n. di procedimenti disciplinari per violazioni di dipendenti che autorizzano al pagamento | Responsabile del Reparto Formazione e Progettazione |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Stipula contratto offerta analisi | Direttore Generale/ Direttore Sanitario | Agevolazioni sulle tariffe degli accertamenti | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Basso | Il grado di discrezionalità e il livello di interesse sono molto elevati. Il rischio è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Inesistenza del conflitto di interessi | Disciplina del conflitto di interessi | All'atto della stipula | Verifica presenza dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi aggiornata | Dichiarazioni aggiornate | Responsabile Anticorruzione e trasparenza |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Stipula contratto offerta analisi | Direttore Generale/ Direttore Sanitario | Agevolazioni sulle tariffe degli accertamenti | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Basso | Il grado di discrezionalità e il livello di interesse sono molto elevati. Il rischio è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | All'atto della stipula | Rispetto del Codice di comportamento | uguale a zero segnalazioni per violazione del codice di comportamento per i direttori | Responsabile UPD |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Stipula contratto offerta analisi | Direttore Generale/ Direttore Sanitario | Stipula convenzione in violazione del conflitto di interessi e/o presenza di procedimenti o condanne penali per reati contro la PA, nello svolgimento di gare pubbliche, pubbliche selezioni, corruzione tra privati, altri reati contemplati nell'art.80 comma 1 del Dlgs 50/2016 | Mancaanza di controlli | Medio | Dichiarazione due diligence | Procedura Due diligence | Reglamentazione | All'atto di accoglimento/rigetto | Rispetto della procedura di Due Diligence | 100% | Responsabile Anticorruzione e trasparenza |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Accettazione campioni | Responsabile Reparto Accettazione e Controllo/ Responsabili Sezioni diagnostiche | Attività volta a rendere il campione non idoneo all'analisi (Occultamento campione/ Sostituzione o manomissione del campione/ Mancato rispetto dell'anonimato del campione) | Scarsa diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è mitigato dalla presenza di Procedure operative standard | Inesistenza del conflitto di interessi | Disciplina del conflitto di interessi | All'atto della accettazione del campione | Comunicazioni di conflitto di interessi nell'anno solare | Zero | Responsabile Reparto Accettazione e Controllo/ Responsabili Sezioni diagnostiche |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Accettazione campioni | Responsabile Reparto Accettazione e Controllo/ Responsabili Sezioni diagnostiche | Attività volta a rendere il campione non idoneo all'analisi/ Occultamento campione/ Sostituzione o manomissione del campione/ Mancato rispetto dell'anonimato del campione | Scarsa diffusione della cultura della legalità | Medio | Il rischio è medio per la presenza del codice di comportamento | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | All'atto della accettazione del campione | Rispetto del Codice di comportamento | uguale a zero segnalazioni per violazione del codice di comportamento per il responsabile controllo | Responsabile Reparto Accettazione e Controllo/ Responsabili Sezioni diagnostiche |
| Laboratorio di esecuzione prove/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Erogazione di servizi di laboratorio su richiesta dell'Autorità Sanitaria Competente o su istanza volontaria di privati (operatori economici, professionisti, consumatori) | Responsabile Reparto/ Direttore Sanitario | Conflitto di interessi tra attività analitica istituzionale (di diritto pubblico) e attività in autot controllo (di diritto privato) | Scarsa responsabilizzazione interna | Basso | Processo altamente informatizzato di gestione a norma e tracciabilità delle informazioni | Sistemi informativi | Controllo | Durante tutto il processo analitico | Corretto utilizzo del sistema informativo | 100% | Responsabile Reparto/ Direttore Sanitario |
| Laboratorio di esecuzione prove/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'Autorità Sanitaria Competente o su istanza volontaria di privati (operatori economici, professionisti, consumatori) | Responsabile Reparto/ Direttore Sanitario | Conflitto di interessi tra attività analitica istituzionale (di diritto pubblico) e attività in autot controllo (di diritto privato) | Scarsa responsabilizzazione interna | Basso | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate | Separazione delle funzioni svolte dal personale (fase pre-analitica, analitica e post-analitica) | Controllo | Durante tutto il processo analitico | Corretta sottoscrizione dei rapporti di prova | 100% | Responsabile Reparto/ Direttore Sanitario |
| Laboratorio di esecuzione prove/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica o su istanza volontaria di privati (operatori economici, professionisti, consumatori) | Responsabile Reparto/ Direttore Sanitario | Conflitto di interessi tra attività analitica istituzionale (di diritto pubblico) e attività in autot controllo (di diritto privato) | Scarsa diffusione della cultura della legalità | Basso | La formazione specifica attema il livello di rischio corruttivo | Formazione del personale | Formazione | Nell'anno solare | Eventi formativi frequentati | ≥60% dipendenti formati in servizio nei Reparti coinvolti | Responsabile Reparto/ Direttore Sanitario |
| Laboratorio di esecuzione prove/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Erogazione delle prestazioni di laboratorio | Responsabile del Reparto | Conflitto di interessi dell'operatore che esegue le analisi | Uso improprio o distorsione della discrezionalità | Basso | Il grado di discrezionalità e il livello di interesse sono molto elevati. Il rischio è mitigato dalle misure di controllo adottate senza limitare l'efficienza organizzativa | Inesistenza del conflitto di interessi | Disciplina del conflitto di interessi | All'atto della stipula | Verifica presenza dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi aggiornata | uguale a zero provvedimenti disciplinari per violazione riferiti ai dipendenti in servizio nei Reparti coinvolti | Responsabile Reparto che esegue la prova |
| Laboratorio di esecuzione prove/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Esecuzione prove | Responsabile Reparto che esegue la prova | Manomissione della strumentazione e dei reagenti utilizzati, false attestazioni dei risultati di prova a seguito di un contatto con il richiedente dell'analisi | Scarsa diffusione della cultura della legalità | Basso | Il rischio è mitigato dalla presenza di Procedure operative standard sulla gestione dei campioni | Procedure Operative Standard SOP sull'anonimato dei campioni | Reglamentazione | Durante il processo di gestione del campione | Rispetto del Codice di comportamento | uguale a zero provvedimenti disciplinari per violazione riferiti ai dipendenti in servizio nei Reparti coinvolti | Responsabile Reparto che esegue la prova |
| Laboratorio di esecuzione prove/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Esecuzione prove | Responsabile Reparto che esegue la prova | Manomissione della strumentazione e dei reagenti utilizzati, false attestazioni dei risultati di prova a seguito di un contatto con il richiedente dell'analisi | Scarsa diffusione della cultura della legalità | Basso | Il rischio è mitigato dalla presenza del codice di comportamento | Codice di comportamento | Reglamentazione | Durante il processo di gestione del campione | Rispetto delle procedure relative ai privilegi di SLAB (anonimato del campione) | uguale a zero provvedimenti disciplinari per violazione riferiti ai dipendenti in servizio nei Reparti coinvolti | Responsabile Reparto che esegue la prova |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Attività analitica | Invio referto | Responsabile di laboratorio / Responsabile Reparto Responsabile Accettazione e Controllo / Responsabile della sezione | Trasmissione referto a diverso destinatario rispetto a quello/i stabilito/i dalle procedure dell'accettazione | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | All'atto della trasmissione | Rispetto del Codice di comportamento | uguale a zero provvedimenti disciplinari per violazione riferiti ai dipendenti in servizio nei Reparti coinvolti | Responsabile Reparto che esegue la prova |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Gestione servizi a pagamento | Trattative con il cliente/partner commerciale (pubblico/privato) | DG/Responsabile Accettazione e controllo | fissazione di condizioni tecnico/economiche non congrue o non in linea con le condizioni praticate secondo listini o usi | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate | Codice di comportamento | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | All'atto della trasmissione | Rispetto del Codice di comportamento e della procedura di sistema | Numero di offerte approvate/anno | Responsabile contabilità e bilancio |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività analitica | Gestione servizi a pagamento | Trattative con il cliente/partner commerciale (pubblico/privato) | DG/Responsabile Accettazione e controllo | fissazione di condizioni tecnico/economiche non congrue o non in linea con le condizioni praticate secondo listini o usi | Scarsa responsabilizzazione interna | Medio | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate | LETTURA SOPR21- "ASSICURAZIONI E QUALITÀ E SISTEMA GESTIONE AMBIENTALE" | Reglamentazione | All'atto della trasmissione | Rispetto del Codice di comportamento e della procedura di sistema | Numero di offerte approvate/anno | Responsabile contabilità e bilancio |
| Accettazione e controllo/ Sede Centrale e Sezioni diagnostiche | Aree di rischio specifiche | Attività dell'incentivatore | Gestione autorizzazioni per uso del forno inceneritore | Iter autorizzativo per l'utilizzo corretto del forno inceneritore | Responsabile della gestione dei rifiuti | Iter autorizzativo non corretto | Scarsa responsabilizzazione interna | Basso | Il rischio è mitigato dalle misure di prevenzione adottate | Codice di comportamento Regolamento uso forno inceneritore | Definizione e promozione dell'etica e standard di comportamento | All'atto della autorizzazione | Rispetto del Codice di comportamento e della procedura di sistema | Numero di autorizzazioni/anno | Responsabile Gestione Rifiuti |
| Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini | Aree di rischio specifiche | Produzione e distribuzione kit, reagenti diagnostici, terreni di coltura | Produzione, verifica, controlli di qualità di reagenti diagnostici, test ELISA e kit | Richiesta d'ordine | Responsabile Laboratorio Produzione diagnostici, reagenti e vaccini | Rischio non rilevato | | | | | | | | | |
| Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini | Aree di rischio specifiche | Produzione e distribuzione kit, reagenti diagnostici, terreni di coltura | Produzione, verifica, controlli di qualità di reagenti diagnostici, test ELISA e kit | Produzione, verifica e controllo qualità | Responsabile Laboratorio Produzione diagnostici, reagenti e vaccini | Rischio non rilevato | | | | | | | | | |
| Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini | Aree di rischio specifiche | Produzione e distribuzione kit, reagenti diagnostici, terreni di coltura | Produzione, verifica, controlli di qualità di reagenti diagnostici, test ELISA e kit | vendita e Distribuzione dei prodotti alle AISL | Direttore Generale, Responsabile Laboratorio Produzione diagnostici, reagenti e vaccini | Rischio non rilevato | | | | | | | | | |
| Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini | Aree di rischio specifiche | Produzione vaccini stabulogeni | Produzione, verifica, controlli di qualità, confezionamento e vendita | Richiesta | Responsabile Laboratorio Produzione diagnostici, reagenti e vaccini | Rischio non rilevato | | | | | | | | | |
| Produzione Diagnostici, Reagenti e Vaccini | Aree di rischio specifiche | Produzione vaccini stabulogeni | Produzione, verifica, controlli di qualità, confezionamento e vendita | Produzione, verifica e controllo qualità | Responsabile Laboratorio Produzione diagnostici, reagenti e vaccini | Rischio non rilevato | | | | | | | | | |

UPD = Ufficio Procedimenti disciplinari

| | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO |
|---|--|--|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-------|-----------|--------------------------------|--------------------|
| | | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | probabilità | Indicare 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | impatto | | |
| Accesso agli atti | Gestione richieste accesso accesso civico semplice | Ricezione istanza | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |
| | | Accoglimento o rigetto istanza | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Ricerca e reperimento documenti | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Pubblicazione documentazione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | Gestione richieste accesso civico generalizzato | Riesame | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| Accessi alle Sezioni o Sedi periferiche | Gestione degli accessi | Identificazione degli utenti e registrazione del settore o della persona che andranno a visitare | 5 | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 2 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 5 | 1,75 | Marginale | 3,5 | Medio |
| Segreteria di Direzione e Organi Collegiali | Gestione dell'agenda del Direttore Generale (DG), del Direttore Sanitario (DS) e del Direttore Amministrativo (DA) | Ricezione richieste appuntamenti/incontri/riunioni | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Comunicazione ai Direttori delle richieste appuntamenti/incontri/riunioni | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Planificazione degli appuntamenti/incontri/riunioni | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | Gestione della corrispondenza assegnata per competenza/visione ai Direttori | Analisi della corrispondenza assegnata dall'Ufficio protocollo e suddivisione per argomento | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |
| | | Presentazione della documentazione all'esame dei Direttori | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| Automezzi aziendali | Gestione automezzi | Utilizzo automezzi di servizio | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Utilizzo carte carburante | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |

Scala di valori della Probabilità

5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto

5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico

≥ 6,5 = Alto; <6,5 e >3 = Medio; < 0 = 3 = Basso.

| | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO | |
|---|--|---|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-------|-----------|--------------------------------|--------------------|-------|
| | | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | probabilità | Indicare 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | impatto | | | |
| AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A) AREA: Acquisizione e progressione del personale | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Reclutamento | Pianificazione delle assunzioni | Ricognizione delle esigenze | 5 | 5 | 3 | 4 | 1 | 3,60 | Probabile | 4 | 4 | 4 | 4 | 4,00 | Serio | 14,4 | Alto | |
| | Assunzione personale a tempo determinato del comparto e della dirigenza | Indizione procedura della selezione pubblica | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Costituzione Commissione Selezione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Approvazione e pubblicazione graduatoria | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Verifica dei requisiti di assunzione | 2 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,40 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,2 | Medio | |
| | | Assunzione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Assunzione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | Assunzione del personale a tempo indeterminato | Indizione procedura della selezione pubblica | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Espletamento procedura di mobilità | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Assunzione categorie protette (L.68/1099) | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Costituzione Commissione Selezione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Approvazione e pubblicazione graduatoria | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Verifica dei requisiti di assunzione | 2 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,40 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,2 | Medio | |
| | | Assunzione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Assunzione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Mobilità verso l'esterno | Rilascio assenso | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio |
| | | Mobilità verso l'interno | Espletamento procedura | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio |
| | 2. Progressioni di carriera | Progressioni di carriera | Espletamento procedura | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio |
| 3. Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimento incarichi di collaborazione | Indizione procedura della selezione pubblica | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Costituzione Commissione Selezione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Approvazione e pubblicazione graduatoria | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Verifica dei requisiti di assegnazione incarico | 2 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,40 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,2 | Medio | |
| | | Assegnazione incarico | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | | Assegnazione incarico | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,55 | Medio | |
| | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | Conferimento incarico direttore sanitario, direttore amministrativo | Conferimenti incarichi | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 2 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| AREE DI RISCHIO GENERALI | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Stipendi | Calcolo retribuzioni dovute | 1 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,20 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2,75 | Basso | |
| | | Erogazione retribuzione accessoria | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio | |
| | | Rilevazione orario effettuato | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1,40 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,75 | Basso | |
| | | Autorizzazione missione in Italia o all'estero | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso | |
| | | Verifica documentazione prodotta per spese di | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso | |
| | | Liquidazione | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| ALTRE AREE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorizzazioni | Incarichi istituzionali ed extraistituzionali attribuiti ai dipendenti | Incarichi istituzionali ed extraistituzionali attribuiti | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 2 | 1 | 0 | 3 | 1,50 | Marginale | 4,5 | Medio | |

Scala di valori della Probabilità
5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto
5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico
≥ 6,5 = Alto; <6,5 e >3 = Medio; > 3 = Basso.

| | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | | | | |
|---|--|---|---|--|--|-----------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------------------|-------|
| | | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ' | Indicatore 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | impatto | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO | |
| AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTRATTI PUBBLICI | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Gare per lavori servizi e forniture - sopra soglia comunitaria (procedura aperta);</p> <p>2. Gare per lavori sotto soglia comunitaria > 40.000€ e ≥ 1.000.000€ procedura negoziata.</p> <p>3. Gare per lavori, servizi e forniture - sotto soglia comunitaria > 40.000€ fino alle soglie ex art. 35 D. Lgs. n. 50/2016 - procedura negoziata;</p> <p>3. Gare per lavori, servizi e forniture < 40.000€ mediante affidamento diretto ex art. 36, c. 2 lett. a);</p> <p>4. Adesione a Convenzione stipulata da Consip S.p.a.;</p> <p>5. Adesione a gara in unione d'acquisto o espletata dalla Centrale regionale di committenza;</p> <p>7. Affidamento servizi di ingegneria e architettura: - < a 40.000€ affidamento diretto ex art. 31 c. 8;</p> <p>- < a 100.000€ procedura negoziata ex art 36 c. 2 lett. b) D. Lgs. n. 50/2016; - > 100.000€ e fino alla soglia comunitaria procedura aperta o procedura ristretta; - ≥ alla soglia di rilevanza comunitaria secondo le procedure di cui alla parte II titolo I,II,III,IV del D. Lgs. n. 50/2016</p> | Programmazione | Processo di analisi e definizione dei fabbisogni e redazione ed aggiornamento del programma triennale per servizi e forniture | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,40 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 5 | 2,25 | Minore | 7,65 | Alto | |
| | Progettazione | effettuazione delle consultazioni per la definizione delle specifiche tecniche; | 2 | 5 | 1 | 5 | 5 | 3,60 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 4,5 | Medio | |
| | | nomina del responsabile del procedimento; | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,20 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 5 | 1,75 | Marginale | 2,1 | Basso | |
| | | individuazione degli elementi essenziali del contratto; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | determinazione dell'importo del contratto; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | delibera a contrarre, predisposizione di atti e documenti di gara; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | Selezione contraente | pubblicazione del bando e la gestione delle informazioni complementari; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | fissazione dei termini per la ricezione delle offerte; | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 2,80 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,5 | Medio | |
| | | trattamento e la custodia della documentazione di gara; | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,40 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,75 | Basso | |
| | | nomina della commissione di gara; | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio | |
| | | gestione delle sedute di gara; | 5 | 2 | 1 | 5 | 1 | 2,80 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,5 | Medio | |
| | | verifica dei requisiti di partecipazione; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | verifica di anomalia della offerta; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | aggiudicazione provvisoria; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | annullamento della gara; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | Verifica dell'aggiudicazione e stipula contratto | verifica dei requisiti formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | Pantouflage verifica dei requisiti formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 4,75 | Medio | |
| | | stipula del contratto | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 5 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | Esecuzione contratto | approvazione delle modifiche del contratto originario; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 5 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | autorizzazione al subappalto; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 5 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | ammissione delle varianti; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 5 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | verifica in corso di esecuzione; | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | | effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2,20 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 1 | 0,75 | Marginale | 2,95 | Basso | |
| | Selezione contraente | Affidamento diretto | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | Rendicontazione | verifica della corretta esecuzione del contratto | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio | |
| | Magazzino | Gestione del magazzino | Gestione dei prodotti | 4 | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 1,80 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,25 | Basso |
| | | | Movimentazione e distribuzione | 4 | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 1,80 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,25 | Basso |
| | | Inventario | 4 | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 1,80 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,25 | Basso | |
| | | Gestione rimanenze | 4 | 2 | 1 | 1 | 1,00 | 1,80 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,25 | Basso | |
| SPECIFICHE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Foresteria | Gestione foresteria | Utilizzo camere o appartamenti | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,80 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,25 | Basso | |

Scala di valori della Probabilità

5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto

5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico

> 6,5 = Alto; < 6,5 < 3 = Medio; > 3 = Basso.

| | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO | |
|--|---|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|-------|
| | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | Indicare 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicare 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO | |
| AREE DI RISCHIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AREA C: Provvedimenti | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rapporti convenzionali | Gestione convenzioni/protocolli d'intesa/accordi di collaborazione | Sottoscrizione convenzione | 3 | 5 | 3 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio |
| | | Gestione attività convenzione | 3 | 5 | 3 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio |
| | | Gestione attività attribuzione borse di studio, | 3 | 5 | 3 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio |
| | | Gestione attività reperimento fondi o sponsorship per realizzare attività convegnistiche inerenti la mission dell'istituto | 3 | 5 | 3 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,75 | Medio |
| Accesso agli atti | Gestione richieste accesso agli atti | Ricezione istanza | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |
| | | Accoglimento o rigetto istanza | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Ricerca e reperimento documenti | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Trasmissione documentazione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | Gestione richieste accesso civico semplice | Ricezione istanza | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |
| | | Accoglimento o rigetto istanza | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Ricerca e reperimento documenti | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Pubblicazione documentazione | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | Gestione richieste accesso civico | Ricezione istanza | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |
| | | Accoglimento o rigetto istanza | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Ricerca e reperimento documenti, informazioni, | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Trasmissione documentazione, | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| AREA D: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Progetti di ricerca | Partecipazione e gestione progetti ricerca | Predisposizione progetto | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2,80 | Poco Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,9 | Medio |
| | | Esecuzione progetto | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2,80 | Poco Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,9 | Medio |
| | | Rendicontazione | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2,80 | Poco Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,9 | Medio |
| | | Liquidazione | 3 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2,80 | Poco Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 4,9 | Medio |
| ALTRE AREE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protocollo | Gestione protocollo | Ricezione documento | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |
| | | Attribuzione protocollo e smistamento del documento | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso |

Scala di valori della Probabilità
5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'Impatto
5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico
≥ 6,5 = Alto; <6,5 e ≥ 3 = Medio; > 3 = Basso.

| | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | | GIUDIZIO SINTETICO |
|--|-----------------------------|---|---|--|--|--------------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|-------|-----------|--------------------------------|-------|--------------------|
| | | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | Indicare 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | impatto | | | |
| AREE DI RISCHIO OBBLIGATORIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AREA: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pagamenti | Liquidazione fatture | Registrazione documento | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1,60 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2 | Basso | |
| | | Liquidazione | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Pagamento | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | Gestione cassa economale | Gestione incassi e uscite | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Registrazioni di cassa | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio | |
| | | Reintegrazione fondo cassa economale | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1,20 | Improbabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 1,5 | Basso | |

Scala di valori della Probabilità

5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto

5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico

≥ 6,5 = Alto; <6,5 e >3 = Medio; > 3 = Basso.

| | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO | | |
|-------------------|------------------|--------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------|-------|---------|
| | | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | Probabilità | Indicatore 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e | | | MEDIA | Impatto |
| Tutela giudiziale | Incarichi legali | Nomina legale | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,40 | Probabile | 2 | 1 | 0 | 3 | 1,5 | Marginale | 5,1 | Medio |
| | | Cura rapporti con legale | 5 | 5 | 1 | 3 | 1 | 3,00 | Probabile | 2 | 1 | 0 | 3 | 1,5 | Marginale | 4,5 | Medio |
| | | Costituzione in giudizio | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,40 | Probabile | 2 | 1 | 0 | 3 | 1,5 | Marginale | 5,1 | Medio |
| | | Esame parcella | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,40 | Probabile | 2 | 1 | 0 | 3 | 1,5 | Marginale | 5,1 | Medio |
| | | Liquidazione | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio |

Scala di valori della Probabilità

5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto

5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico

≥ 6,5 = Alto; <6,5 e >3 = Medio; > 3 = Basso.

| | | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO |
|--|---|--|---|--|--|-----------------------------------|---|-------|-------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|-------|-----------|--------------------------------|--------------------|
| | | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | | Indicare 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | Impatto | | |
| A) AREA: Acquisizione e progressione del personale | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Conferimento incarichi di collaborazione | Conferimenti incarichi di docenza | Assegnazione dell'incarico | 3 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2,60 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 3,25 | Medio |
| | | Programmazione, progettazione, esecuzione incarico | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,40 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 5 | 2,25 | Minore | 7,65 | Alto |
| | | Liquidazione | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 3 | 1 | 0 | 3 | 1,75 | Marginale | 5,25 | Medio |

Scala di valori della Probabilità

5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto

5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico

≥ 6,5 = Alto; <6,5 e >3 = Medio; > 3 = Basso.

| | | INDICI DI VALUTAZIONE DELLE PROBABILITÀ | | | | | | VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ | INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO | | | | | | VALORE VALUTAZIONE DEL RISCHIO | GIUDIZIO SINTETICO |
|----------------------------|--|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|-------|-----------|--------------------------------|--------------------|
| | | Indicatore 1: Discrezionalità | Indicatore 2: Livello di interesse | Indicatore 3: Complessità processo | Indicatore 4: valore economico | Indicatore 5: frazionabilità processo | MEDIA | Probabilità | Indicatore 6: Impatto Organizzativo | Indicatore 7: Impatto economico | Indicatore 8: Impatto reputazionale | Indicatore 9: Impatto organizzativo, economico e d'immagine | MEDIA | Impatto | | |
| Attività analitica | Trattative con il cliente/partner commerciale (pubblico/privato) | 5 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3,00 | Probabile | 2 | 1 | 1 | 2 | 1,50 | Marginale | 4,5 | Medio |
| | Stipula contratto offerta analisi | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2,20 | Poco Probabile | 1 | 1 | 0 | 3 | 1,25 | Marginale | 2,75 | Basso |
| | Accettazione campioni | 5 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3,00 | Probabile | 2 | 1 | 1 | 2 | 1,50 | Marginale | 4,5 | Medio |
| | Erogazione di prestazioni di laboratorio su richiesta dell'Autorità Sanitaria Pubblica o su istanza volontaria di privati (operatori economici, professionisti, consumatori) | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2,00 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 1 | 1,25 | Marginale | 2,5 | Basso |
| | Erogazione delle prestazioni di laboratorio | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2,00 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 1 | 1,25 | Marginale | 2,5 | Basso |
| | Esecuzione prove | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2,00 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 1 | 1,25 | Marginale | 2,5 | Basso |
| | Invio referto | 3 | 5 | 1 | 5 | 1 | 3,00 | Probabile | 2 | 1 | 0 | 3 | 1,50 | Marginale | 4,5 | Medio |
| Attività dell'inceneritore | Iter autorizzativo per l'utilizzo corretto del forno inceneritore | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2,00 | Poco Probabile | 1 | 1 | 2 | 1 | 1,25 | Marginale | 2,5 | Basso |

Scala di valori della Probabilità

5 = Altamente Probabile; 4 = Molto probabile; 3 = Probabile; 2 = Poco probabile; 1 = Improbabile; 0 = Nessuna probabilità.

Scala di valori dell'impatto

5 = Superiore; 4 = Serio; 3 = Soglia; 2 = Minore; 1 = Marginale; 0 = Nessun impatto.

Scala del giudizio sintetico

≥ 6,5 = Alto; <6,5 e >3 = Medio; > 3 = Basso.

IZS

T E R A M O

/

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



Allegato 3
Obblighi di
Pubblicazione
2024/2026

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Descrivibile) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|
| | | Art.14, c.1, lett. f) e c.1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l.n. 444/1982 | | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) | Annuale | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfidenzialità dell'incarico | Temporaneo (art. 20, c.1, d.lgs. n. 39/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c.1, d.lgs. n. 39/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | | Art. 14, c.1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 | | Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica | Annuale (non oltre il 30 marzo) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | | Art.15, c.5, d.lgs. n. 33/2013 | | Elenco posizioni dirigenziali e incarichi | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016 | | | | | | | | | | | | |
| | | Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001 | | Posti di funzione disponibili | Temporaneo | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | | Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004 | | Ruolo dirigenti | Annuale | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | | Dirigenti cessati | | | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web) | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Nessuno | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Curriculum vitae | Nessuno | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione della carica | Nessuno | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | Impori di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | | Nessuno | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo | | Nessuno | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | | Nessuno | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | | |
| Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, c. 1, punto 2, l.n. 444/1982 | | | 1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | | Nessuno | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | |
| | | | 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) | | Nessuno (va presentato una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico). | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | |
| Sanzioni per mancata comunicazione dei dati | | | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali | | Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica. | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | Art. 14, c. 1-quinquiesimo, d.lgs. n. 33/2013 | | | | Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Conto annuale del personale | Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | | Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | |
| | | | | Costo personale tempo indeterminato | | Annuale | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | | |
| | | Personale non a tempo indeterminato | | Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | | Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabella) | Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Annuale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | | | Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabella) | Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Tassi di assenza | | Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | | Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabella) | Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale | Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c.14, d.lgs. n. 165/2001 | | | Incinerati conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabella) | Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001 | | | | Contrattazione collettiva | Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| | | | | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009 | | | Contratti integrativi | | Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici contabili di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| Contrattazione integrativa | | | | Costi contrattati integrativi | Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che prediligono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica | | | Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | | OIV | | | OIV (da pubblicare in tabella) | Nominativi (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| Curricula (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | | | | | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | |
| Par. 14.2, delib. CVT/12/2013 | | | | | | | Compensi (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | | | | Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità | Direttrice n.2/2019 Ministero della Pubblica Amministrazione | Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità | Provvedimento di nomina, recapiti telefonici, casella di posta elettronica istituzionale del Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | Obbligo di pubblicazione inserito a seguito della Delibera 24 giugno 2019, n.1 del Ministero della Pubblica Amministrazione, la quale prevede che sia utile che "le amministrazioni pubblichino sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", il provvedimento di nomina, i recapiti telefonici e la casella di posta elettronica istituzionale del responsabile" (ndr Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità) | | |
| Bandi di concorso | Art. 10, d.lgs. n. 33/2013 | | | Bandi di concorso (da pubblicare in tabella) | Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte | | | | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | l'articolo 1, comma 14, della legge n.160/2010 ha modificato l'articolo 19 del d.lgs. N.33/2013 prevedendone la pubblicazione, oltre ai criteri di valutazione della commissione e alle tracce delle prove, delle graduatorie finali aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori. Per questo obbligo è stato attivato il collegamento ipertestuale al "Monitoraggio delle graduatorie concorsuali della P.A." del Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri. | | | |
| | | Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | | Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009) | Temporaneo | | | | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | | | Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione (art. 10, d.lgs. 150/2009) | | | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| | | | | | | Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) | | | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| | | | | | | Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabella) | | | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| | | | | | | Dati relativi ai premi | | | | Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabella) | Ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | | | | | Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | | | | | Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | | | | | Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca D Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | Benessere organizzativo | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Benessere organizzativo | | | Livelli di benessere organizzativo | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016 | | | | |
| Enti controllati | Enti pubblici vigilati | | | Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | | Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabella) | Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | | | | | |
| | | Per ciascuno degli enti: | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | | | | | | | | | |
| | | 1) ragione sociale | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | | | | | | | | | |
| | | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | | | | | | | | | |
| | | 3) durata dell'impegno | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | | | | | | | | | |
| 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | | | | | | | | | | | | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Descrivibile) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT | |
|--|---|--|---|---|--|---|--|---|--|--|
| Disposizioni generali | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza/Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PIACT)/Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1 comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOC 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione) | Annuale | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Atti generali | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Riferimenti normativi su organizzazione e attività | Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statali pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale/Bollettino Regionale | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Atti amministrativi generali | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Atti amministrativi generali | Direttrici, circolari, programmi, istruzioni e note sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano dettato determinazioni per l'attuazione di esse | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Direzione Amministrativa - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Documenti di programmazione strategico-gestionale | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Documenti di programmazione strategico-gestionale | Direttive ministri, documenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Panerazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Statuti e leggi regionali | Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Statuti e leggi regionali | Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e la struttura delle amministrazioni | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Codice disciplinare e codice di condotta | Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 146/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Codice disciplinare e codice di condotta | Codice disciplinare, recante l'indicazione delle violazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 306/1976) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Oneri informativi per cittadini e imprese | Art. 3, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Scadenza obblighi amministrativi | Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese individuati dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013 | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Oneri informativi per cittadini e imprese | Art. 34, d.lgs. n. 33/2013 | Oneri informativi per cittadini e imprese | Regolamenti ministeriali o amministrativi, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti e eliminati con i precedenti atti | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dgs 97/2016 | | | | | |
| | Burocrazia zero | Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013 | Burocrazia zero | Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dgs 10/2016 | | | | | |
| | Burocrazia zero | Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013 | Attività soggette a controllo | Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessaria l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione) | | | | | | |
| Organizzazione | Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo | Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze | Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle) | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Curriculum vitae | Curriculum vitae | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico) | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico) | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato.) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | Va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato. | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative ai finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative ai finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | Annuale | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013 | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Curriculum vitae | Curriculum vitae | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982 | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico) | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico) | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato.) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | Va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato. | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative ai finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sì mi sono affermato che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative ai finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982 | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | Annuale | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Cessati dell'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web) | Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Curriculum vitae | Curriculum vitae | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 | 2) copia della dichiarazione dei redditi successivi al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | 2) copia della dichiarazione dei redditi successivi al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982 | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative ai finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) | 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative ai finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) | Nessuno | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| | Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982 | 4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | 4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione dell'incarico.) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| Sanzioni per mancata comunicazione dei dati | Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo | Provvedimenti sanzionatori a carico dei responsabili della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosj | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | |
| Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | L'Istituto non è tenuto alla pubblicazione | | | | | |
| | | Atti degli organi di controllo | Atti e relazioni degli organi di controllo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | L'Istituto non è tenuto alla pubblicazione | | | | | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.31/2011 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT | | | | |
|---|--|--|---|---|--|---|---|--|---|---------------------------------------|---|--|--|
| | Articolazione degli uffici | Art.13, c.1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Articolazione degli uffici | Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Servizi Bibliotecari e Comunicazione - Dott.ssa Carla De Iulius Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.13, c.1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma) | Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Servizi Bibliotecari e Comunicazione - Dott.ssa Carla De Iulius | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.13, c.1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Servizi Bibliotecari e Comunicazione - Dott.ssa Carla De Iulius | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Art.13, c.1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Telefono e posta elettronica | Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificate dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) - Dott. Luigi Possenti | entro 30 giorni dalla data di inserimento/modifica di un numero o di una casella di posta elettronica | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.15, c.2, d.lgs. n. 33/2013 | Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle) | Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti prelettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosi Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicione Formazione e Progettazione - Dott. Giacomo Migliorati Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosi (per i Revisori dei Conti) | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.15, c.1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosi Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicione Formazione e Progettazione - Dott. Giacomo Migliorati Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosi (per i Revisori dei Conti) | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.15, c.1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi a alta titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosi Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicione Formazione e Progettazione - Dott. Giacomo Migliorati Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosi (per i Revisori dei Conti) | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.15, c.1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | | 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosi Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicione Formazione e Progettazione - Dott. Giacomo Migliorati Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosi (per i Revisori dei Conti) | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.15, c.2, d.lgs. n. 33/2013 Art.53, c.14, d.lgs. n. 165/2004 | | Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosi Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicione Formazione e Progettazione - Dott. Giacomo Migliorati Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosi (per i Revisori dei Conti) | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | Art.53, c.14, d.lgs. n. 165/2004 | | Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse | Temporaneo | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lacio Ambrosi Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicione Formazione e Progettazione - Dott. Giacomo Migliorati Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lacio Ambrosi (per i Revisori dei Conti) | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice | Art.14, c.1, lett. a) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. b) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. c) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. d) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. e) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. f) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.2, c.1, punto 1, l. n. 44/1982 Art.14, c.1, lett. f) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.2, c.1, punto 2, l. n. 44/1982 Art.14, c.1, lett. f) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.3, l. n. 44/1982 Art.20, c.3, d.lgs. n. 39/2013 Art.20, c.3, d.lgs. n. 39/2013 Art.14, c.1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 | Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle) | Per ciascun titolare di incarico: | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Compensi di qualsiasi natura compresi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili e legate alla valutazione del risultato) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'opposizione della formula «ad mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico) | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico del mandato). | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | Va presentata una sola volta entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)) | Annuale | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico | Temporaneo (art.20, c.1, d.lgs. n. 39/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla decorrenza dell'incarico | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Temporaneo (art.20, c.3, d.lgs. n. 39/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica | Annuale (non oltre il 30 marzo) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Art.14, c.1, lett. a) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. b) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. c) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. d) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. e) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.14, c.1, lett. f) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.2, c.1, punto 1, l. n. 44/1982 Art.14, c.1, lett. f) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.2, c.1, punto 2, l. n. 44/1982 Art.14, c.1, lett. f) e c) 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art.3, l. n. 44/1982 | Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali) | Per ciascun titolare di incarico: | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | Compensi di qualsiasi natura compresi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili e legate alla valutazione del risultato) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | | | | | | Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | | | | | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | | | | | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| 1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'opposizione della formula «ad mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico) | Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico del mandato). | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | Va presentata una sola volta entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico | | | | | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche (Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) | Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico | Risorsa Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | | | | | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT | |
|--|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|
| Attività e procedimenti | Società partecipate | Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle) | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | |
| | | | | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | |
| | | | | 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | |
| | | | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente) | Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | |
| | | | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 30/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | |
| | | | | Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | L'istituto non svolge l'attività prevista | | | | |
| | | | | Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani (di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013) | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | | | | Per ciascuna delle società: | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | | | | |
| | | | | 1) ragione sociale | Annuale (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | | | | 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | | | | 3) durata dell'impegno | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | | | | 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | |
| | 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | |
| | 7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | |
| | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente) | Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | |
| | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 30/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | |
| | Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | |
| | Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Provvedimenti | Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016 | Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle) | Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20, d.lgs. 175/2016) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | |
| | Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche sono fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate | | | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento | | | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate | | | | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | Per ciascuno degli enti: | | | | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| | 1) ragione sociale | | | | Annuale (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | | | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | |
| 3) durata dell'impegno | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | | | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | |
| 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | | | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | |
| 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | | | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | |
| 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | | | | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | |
| 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo | Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 30/2013) | | | | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | |
| Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente) | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 30/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | | |
| Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 30/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | | |
| Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | | | | | |
| Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Rappresentazione grafica | Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Dati aggregati attività amministrativa | Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Dati aggregati attività amministrativa | Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Tipologie di procedimento | | | Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle) | Per ciascuna tipologia di procedimento: | | | | | | |
| Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | | | | 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosj Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosj Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | | | 2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosj Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosj Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | | | 3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosj Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosj Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | | | 4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosj Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosj Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013 | | | | 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosj Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosj Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |
| Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 | | | | 6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosj Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosj Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre e responsabile RPCT | | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT | |
|---|---|--|--|--|--|---|--|---|---|--|
| | | Art.12, c.1, lett.a), punto 1), Legge n.120/2020 | 7) termine effettivo di conclusione dei procedimenti amministrativi, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente | | Semestrale | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | Obbligo di pubblicazione introdotto a seguito dell'entrata in vigore del D.L. 16 luglio 2020, n.76, convertito in legge 11 settembre 2020, n.120, il cui articolo 12, co.1, lett.a), punto 1), prevede che "Le pubbliche amministrazioni mirano e pubblicano sul proprio sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente". | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 | 8) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013 | 9) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, rimosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 | 10) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013 | 11) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tessera, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013 | 12) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di errata, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | | Per i procedimenti ad istanza di parte: | | | | | | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fee -simile per le autotestificazioni | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | | Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 39, l. 190/2012 | 2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze | | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Monitoraggio tempi procedurali | Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012 | Monitoraggio tempi procedurali | Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | | | |
| | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Recapiti dell'ufficio responsabile | Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Mincione Ricerca Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavitis Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi Anticorruzione e Trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| Provvedimenti | Provvedimenti organi indirizzo politico | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti organi indirizzo politico | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Gli organi di indirizzo politico non adottano tali provvedimenti | | | | |
| | Provvedimenti organi indirizzo politico | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti organi indirizzo politico | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale a progressioni di carriera. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | | | |
| | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera. | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | | | |
| Controlli sulle imprese | | Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Tipologie di controllo | Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento | Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016 | | | | | |
| | | Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Obblighi e adempimenti | Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative | | | | | | |
| | ** (vedi legenda in calce) | Art. 30, d.lgs. 36/2003 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici | ** (vedi legenda in calce) | Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività. | Una tantum con aggiornamento temporaneo in caso di modifiche | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| | ** (vedi legenda in calce) | ALLEGATO 1.5 al d.lgs. 36/2003 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3) | ** (vedi legenda in calce) | Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | |
| ** (vedi legenda in calce) | ALLEGATO 1.5 al d.lgs. 36/2003 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4) | ** (vedi legenda in calce) | Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi. | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | | | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT |
|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | ** (vedi legenda in calce) | Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione | ** (vedi legenda in calce) | Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema. | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | ** (vedi legenda in calce) | Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali | ** (vedi legenda in calce) | Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi. Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali). | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | ** (vedi legenda in calce) | Art. 11, co. 2 -quater, l.n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico | ** (vedi legenda in calce) | Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico. Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di situazione finanziaria e procedurale | Annuale | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023 | | | | | | | | | |
| PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI. | | | | | | | | | |
| | Esac | Riferimento normativa | ** (vedi legenda in calce) | Contenuto dell'obbligo | Aggiornamento | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Pubblicazione | Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato 1.6.4 d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio | ** (vedi legenda in calce) | 1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7) | ** (vedi legenda in calce) | Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Bandi/invio di gara/lettera di invito Discipline di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Affidamento | Art. 38, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici | ** (vedi legenda in calce) | Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023) | ** (vedi legenda in calce) | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici (PNDR e PNC e nei contratti riservati). Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta | Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 20/2023 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica | ** (vedi legenda in calce) | Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2) | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 20/2023 La documentazione è disponibile al seguente link: https://www.ancicreazione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica |
| | | Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs. 36/2023 Collegio consultivo tecnico | ** (vedi legenda in calce) | Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Mincione | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi art.10 del D.Les.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|---|--|---|--|--|---|--|---|--|
| Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Esecutiva | Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, L. 77/2021 convertito con modificazioni dalla L. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023) | | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati. 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti) | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Sponsorizzazioni | Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato | | Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila euro/000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto. | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Procedure di somma urgenza e di protezione civile | Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023 | | Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato. | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Finanza di progetto | Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento | | Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi | Temporaneo | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Criteri e modalità | Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Criteri e modalità | Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| Atti di concessione | Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013) | Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Per ciascun atto: | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 2) importo del vantaggio economico corrisposto | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 3) norma o titolo a base dell'attribuzione | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 6) link al progetto selezionato | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato | Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| | | | | | | | | | | Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Temporaneo (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT |
| Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.n.m. 26 aprile 2011 | Bilancio preventivo | Documenti e allegati del bilancio preventivo e consuntivo, nonché del relativo bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016 | Bilancio consuntivo | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'ispezione, il trattamento e il riutilizzo. | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.n.m. 26 aprile 2011 | | Documenti e allegati del bilancio preventivo e consuntivo, nonché del relativo bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | |
| | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016 | | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'ispezione, il trattamento e il riutilizzo. | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | | |
| | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2001 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011 | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di rinuncia. | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| Beni immobili e gestione patrimonio | Patrimonio immobiliare | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Patrimonio immobiliare | Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Canoni di locazione o affitto | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Canoni di locazione o affitto | Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Patrimonio e Logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione e altri organismi con funzioni analoghe | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 | Atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Attestazione dell'OV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione | Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C. | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | Documento dell'OV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009) | Temporaneo | Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna D'Panrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | Organi di revisione amministrativa e contabile | Corte dei conti | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile | Relazione dell'OV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009) | Temporaneo | Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna D'Panrazio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| | | | | | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Direzione Amministrativa - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |
| Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità | Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Carta dei servizi e standard di qualità | Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | | |
| | | | | Class action | Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 | Class action | Temporaneo | Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | |
| | | | | Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 | Class action | Temporaneo | Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno-31 dicembre responsabile RPCT | | | | | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT |
|---|---|--|--|--|---|---|--|---|--|
| | | Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009 | | Misure adottate in ottemperanza alla sentenza | Temporaneo | Legale, assicurativo e privacy e UPD - Dott. Lucio Ambrosi | | | |
| | Costi contabilizzati | Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013 | Costi contabilizzati <i>(da pubblicare in tabelle)</i> | Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo | Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) | Direzione Amministrativa - Dott. Lucio Ambrosi, Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Liste di attesa | Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013 | Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) <i>(da pubblicare in tabelle)</i> | Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Sviluppo Gestione Applicativi - Dott. Luigi Possenti | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Servizi in rete | Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16 | Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete | Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete. | Temporaneo | Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) - Dott. Luigi Possenti Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Rasola Assicurazione qualità e sistema di gestione ambientale - Dott.ssa Lucia Ricci | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Pagamenti dell'Amministrazione | Dati sui pagamenti | Art. 4 -bis, c. 2, d.lgs n. 33/2013 | Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle) | Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari | Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle) | Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari | Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Art. 33, d.lgs. n. 33/2013 | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicazione annuale di tempestività dei pagamenti) | Annuale (art. 33, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | Ammontare complessivo dei debiti | Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici | Annuale (art. 33, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Opere pubbliche | IBAN e pagamenti informatici | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005 | IBAN e pagamenti informatici | Nelle richieste di pagamento i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero d'imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi di conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento. | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | La pubblicazione avviene in conformità a quanto previsto da ANAC, con delibera n.77 del 16.2.2022. |
| | Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici | Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali) | Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali) | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | L'Istituto non è soggetto a tali verifiche | | | |
| | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2 e 2-bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016 | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche (in fase di sotto-sezione "bandi di gara e contratti") - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché il relativo aggiornamento annuale, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri) | Temporaneo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso di completamento. <i>(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)</i> | Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso di completamento | Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Pianificazione e governo del territorio | | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso di completamento | Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso di completamento | Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle) | Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, piani e programmi di attuazione, nonché le loro varianti | Temporaneo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| Informazioni ambientali | | Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Documentazione relativa a ciascun provvedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico vigente, presentabile ed edificata a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse | Documentazione relativa a ciascun provvedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico vigente, presentabile ed edificata a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | Informazioni ambientali | Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali: | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Assicurazione qualità e sistema di gestione ambientale - Dott.ssa Lucia Ricci | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | Stato dell'ambiente | | 1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli ignoti, le zone costiere e marine, la diversità biologica e gli usi elementari costanti, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi | 1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli ignoti, le zone costiere e marine, la diversità biologica e gli usi elementari costanti, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | Fattori inquinanti | | 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente | 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Assicurazione qualità e sistema di gestione ambientale - Dott.ssa Lucia Ricci | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Strutture sanitarie private accreditate | Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto | | 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto | | 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | Relazioni sull'attuazione della legislazione | | 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale | 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | Stato della salute e della sicurezza umana | | 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore | 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Direttore Sanitario - Dott. Giacomo Migliorati | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Interventi straordinari e di emergenza | Strutture sanitarie private accreditate | Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013 | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate <i>(da pubblicare in tabelle)</i> | Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | | | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate | Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| Interventi straordinari e di emergenza | | Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle) | Accordi intercorsi con le strutture private accreditate | Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | | Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e del motivo della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti | Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e del motivo della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | | Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari | Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile all'ZSAM | | | |
| | | Art. 42, d.lgs. n. 33/2013 Art. 99 D.L. n. 18/2020 | Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione | Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione | Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1 comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOD 331) <i>(in fase di sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)</i> | Annuale | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dall'adozione il 31 gennaio di ogni anno, salvo diversa disposizione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (addove adottati) | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012 | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno) | Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012) | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro il 15 dicembre di ogni anno salvo diversa disposizione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012 | Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti | Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013 | Atti di accertamento delle violazioni | Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013 | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90 | Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetta a pubblicazione obbligatoria | Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Temporaneo | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Linee guida ANAC FOIA (del 13/09/2016) | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori Registro degli accessi | Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale Elenco delle richieste di accesso (atti, cive e generalizzati) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione | Temporaneo Semestrale | Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 63 del d.lgs. 179/16 | Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati | Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.aggid.gov.it/catalogo/pesisti da AGID | Temporaneo | Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) - Dott. Luigi Possenti | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |
| | | Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005 | Regolamenti | Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvo i dati presenti in Anagrafe tributaria | Annuale | Tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) - Dott. Luigi Possenti | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno - 31 dicembre responsabile RPCT | |

| Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Aggiornamento | Struttura responsabile della trasmissione (individuazione e elaborazione) dei dati e della loro pubblicazione - nominativo del Responsabile ai sensi art.10 del D.Lgs.33/2013 | Termine di scadenza per la pubblicazione | Monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile | note RPCT |
|---|---|--|---|--|--|---|--|---|-----------|
| | | Art. 9, c. 7, d.l. n.179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221 | Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.) | Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione | Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) | Responsabile della transizione digitale - Dott. Guido Santoro Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |
| Altri contenuti | Dati ulteriori | Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 | Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013) | Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate | --- | Direzione Amministrativa - Dott. Lucio Ambrosi, Direzione Sanitaria - Dott. Giacomo Migliorati, Controllo di Gestione - Dott.ssa Anna Di Pancrazio, Affari Generali, Archivio, Protocollo e URP - Dott.ssa Claudia Raschia Patrimonio e logistica - Dott. Angelo Minicone Risorse Umane - Dott. Luca Di Tommaso Contabilità e bilancio - Dott.ssa Paola De Flavio Legale, assicurativo e privacy e URP - Dott. Lucio Ambrosi | entro 30 giorni dalla disponibilità del dato/dell'informazione | Monitoraggio semestrale: 30 giugno- 31 dicembre responsabile RPCT | |

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi de'll'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)■ la casella è vuota come da delibera ANAC Dc delibera n. 601 del 19.12.2023

IZS

T E R A M O

/

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



Allegato 4

Indici e indicatori del Lavoro Agile

| DIMENSIONI | OBIETTIVI | INDICATORI | Stato di partenza (Baseline) | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | FONTE | |
|-----------------------|--|---|---|---|---|--|--|--------------------------------|
| CONDIZIONI ABILITANTI | SALUTE ORGANIZZATIVA | | | | | | | |
| | Programmare, monitorare e controllare il lavoro agile | Sistema informatico sulla rete intranet per l'assegnazione degli obiettivi individuali di lavoro agile per l'inserimento delle attività svolte dal singolo Smartworker per il monitoraggio e controllo | Implementato Sistema Informatico per autorizzazione del lavoro agile, da parte del Dirigente, per inserire Timesheet sull'attività svolta dallo Smartworker e per visualizzare, monitorare e validare le sue attività da parte del proprio Dirigente | Utilizzo del Sistema Informatico | Miglioramento del Sistema Informatico. Elaborazione del documento per la definizione delle caratteristiche del Sistema informatico per l'assegnazione degli obiettivi individuali di Smart Working elaborato. | Inserimento - da parte del Dirigente - microprogettazione individuale su un nuovo SI, analisi e pubblicazione. Relazione e miglioramenti eventuali | Intranet IZSAM | |
| | Verificare e eventualmente aggiornare il regolamento per la disciplina del lavoro agile | Regolamento aggiornato predisposto e approvato | Regolamento per la disciplina del lavoro agile | Revisione | Verifica operatività regolamento e eventuale miglioramento | Verifica operatività regolamento e eventuale miglioramento | Amministrazione trasparente Regolamenti IZSAM www.izs.it | |
| | Aggiornare la mappatura dei processi e i servizi che possono essere svolti in modalità di lavoro agile | Aggiornamento mappatura dei processi e dei servizi | Già presente prima del 2020 | Verifica e controllo della mappatura esistente | Verifica e controllo della mappatura esistente | Relazione e miglioramenti eventuali | Risorse Umane | |
| | SALUTE PROFESSIONALE | | | | | | | |
| | Valutare le competenze del personale IZSAM anche al fine di rendere più efficiente l'organizzazione e la diffusione del lavoro agile | Mappatura delle competenze e aggiornamento | Dizionario delle competenze | Studio e avvio applicazione del Dizionario delle competenze nell'ambito delle procedure selettive del personale | Monitoraggio e controllo | Monitoraggio e controllo | Risorse Umane | |
| | Migliorare le competenze manageriali per la gestione del lavoro agile per il coordinamento degli "Smart Team" e del singolo smartworker | Numero Corsi di Formazione | Numero Corsi di Formazione webinar e on line | Numero Corsi di Formazione webinar e on line | Numero Corsi di Formazione webinar, on line e in presenza (>5% ripetuto all'anno precedente T.) | Numero Corsi di Formazione webinar, on line e in presenza (>5% ripetuto all'anno precedente T.) | Sistema Informativo della Formazione IZSAM www.izs.it ad accesso riservato (id e password) | |
| | Sviluppare soft skills per una più efficace gestione del lavoro agile (tutto il personale) | Numero Corsi di Formazione | Redazione del Piano di Formazione biennale (23/24) | Numero Corsi di Formazione webinar e on line | Numero Corsi di Formazione webinar, on line e in presenza (>5% ripetuto all'anno precedente T.) | Numero Corsi di Formazione webinar, on line e in presenza (>5% ripetuto all'anno precedente T-1); Piano di Formazione biennale (23/21) | Sistema Informativo della Formazione IZSAM www.izs.it ad accesso riservato (id e password) | |
| | SALUTE DIGITALE | | | | | | | |
| | Garantire il migliore supporto informatico a tutti i processi che richiedono tecnologie e Infrastrutture Information and Communications Technology (ICT) evolvendo l'infrastruttura digitale esistente | Attivazione delle policy sulle Virtual Private Network (VPN) per accessi sicuri alla LAN aziendale. | Già presente prima del 2020 | Miglioramento | Miglioramento | Miglioramento | ITC aziendale | |
| | | Sviluppo del nuovo sito aziendale www.izs.it | Già presente prima del 2020 | Mantenimento | Miglioramento | Miglioramento | www.izs.it | |
| | | Acquisto di licenze per accesso da remoto per tutti i lavoratori in Lavoro Agile | Da un numero iniziale di 70 a 170 licenze | Mantenimento | Mantenimento | Mantenimento | Patrimonio e Logistica | |
| | | Sistemi di collaborazione on line | Attivazione di 250 licenze software per videoconferenze, elearning e training da remoto Sono attivi strumenti di condivisione dei documenti, di collaborazione e di programmazione e gestione delle attività lavorative, basati su sistemi web based e open source: Alfresco, Owncloud, Redmine, Zimbra, Mattermost | Mantenimento | Mantenimento | Mantenimento | Alfresco, Owncloud, Redmine, Zimbra, Mattermost | |
| | | Applicativi consultabili in lavoro agile | Sia per la parte amministrativa sia rispetto all'attività tecnico-scientifica, si utilizzano con le opportune abilitazioni, applicazioni web, raggiungibili anche da remoto | Miglioramento | Miglioramento | Miglioramento | QlikView, SILAB, EUSISS, ... | |
| | | Banche dati e applicativi di interesse per l'esecuzione del lavoro consultabili in lavoro agile utilizzando tecniche di criptazione dati e VPN | Già presente prima del 2020 | Miglioramento | Miglioramento | Miglioramento | ITC aziendale | |
| | | Processi digitalizzati: Protocollo Informatico, Contabilità (Fascicolo elettronico con la situazione contabile del cliente), Gestione digitale degli atti amministrativi (delibere e determini), Gestione Risorse umane (timbrature, ferie, richiesta missioni), Gestione Attività diagnostica, Gestione Produzioni officina farmaceutica e Gestione produzioni Marche auricolari | Già presente prima del 2020 | Miglioramento | E' stato programmato l'acquisto di un SW ad hoc per la gestione del ciclo della performance collegato anche al lavoro agile | Miglioramento | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile | |
| | | Servizi digitalizzati: attività diagnostica on line (STUD), Sistema Informativo della Formazione, Albo Avvocati e procurement | Già presente prima del 2020 | Miglioramento | Dashboard per la visualizzazione e l'analisi delle sequenze del virus SARS-CoV-2 nella Regione Abruzzo | Miglioramento | Miglioramento | www.izs.it |
| | | Realizzare un Help desk informatico dedicato al lavoro agile | HD telefonico e sulla rete intranet | Già presente prima del 2020 | Nuovo SI di HD sulla rete Intranet in sostituzione dell'esistente | Numero di chiamate HD o al SI e tempo per la risoluzione | Riduzione dei Tempi di risoluzione segnalazioni | Intranet IZSAM e telefono 5555 |
| | | SALUTE ECONOMICA | | | | | | |
| | Costi per la formazione di competenze funzionali al lavoro agile | Sommatoria costi sostenuti | Costi sostenuti | % rispetto all'anno precedente T. | % rispetto all'anno precedente T. | % rispetto all'anno precedente T. | Contabilità e Bilancio e Controllo di Gestione | |
| | Costi per la realizzazione del valutazione delle competenze | Sommatoria costi sostenuti | Costi sostenuti | Costi sostenuti | % rispetto all'anno precedente T. | % rispetto all'anno precedente T. | Contabilità e Bilancio e Controllo di Gestione | |
| | Costi per l'acquisto di portatili e docking station | Sommatoria costi sostenuti | Costi sostenuti | % rispetto all'anno precedente T. | % rispetto all'anno precedente T. | % rispetto all'anno precedente T. | Contabilità e Bilancio e Controllo di Gestione | |

| DIMENSIONI | OBIETTIVI | INDICATORI | Stato di partenza (Baseline) | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | FONTE |
|--|---|---|--|--|--|--|--|
| ATTUAZIONE DEL LAVORO AGILE | | | QUANTITA' | | | | |
| | Studiare l'andamento del lavoro agile per struttura e per mese | Numero lavoratori agili / Numero potenziali lavoratori agili | Numero lavoratori agili / Numero potenziali lavoratori agili ≥ 50% | Numero lavoratori agili / Numero potenziali lavoratori agili ≥ 15% | Numero lavoratori agili / Numero potenziali lavoratori agili ≥ 15% | Numero lavoratori agili / Numero potenziali lavoratori agili ≥ 15% | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile |
| | | | QUALITA' | | | | |
| | Misurare la soddisfazione annuale del gradimento da parte del personale in lavoro agile | Misurazione attraverso l'erogazione di questionario per la rilevazione e relazione di valutazione | Erogazione di 2 questionari | Analisi dei risultati dei questionari e predisposizione del nuovo | Questionario, relazione almeno annuale e eventuali azioni di miglioramento | Questionario, relazione almeno annuale e eventuali azioni di miglioramento | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile |
| Misurare la soddisfazione annuale dei dirigenti rispetto al lavoro agile del proprio personale Smartworker | Misurazione attraverso l'erogazione di questionario per la rilevazione e relazione di valutazione | | | | | | |
| DIMENSIONI | OBIETTIVI | INDICATORI | Stato di partenza (Baseline) | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | FONTE |
| PERFORMANCE ORGANIZZATIVE | | | ECONOMICITA' | | | | |
| | Ridurre i costi di contabilità analitica per utenze della Sede Centrale sita in Teramo e in particolare dei soli reparti che potenzialmente possono svolgere lavoro in modalità agile | Riduzione costi di contabilità analitica per utenze della Sede Centrale sita in Teramo e in particolare dei soli reparti che potenzialmente possono svolgere lavoro in modalità agile | Sommatoria costi di contabilità analitica per utenze della Sede Centrale sita in Teramo e in particolare dei soli reparti che potenzialmente possono svolgere lavoro in modalità agile | ≤ 5% rispetto anno precedente T ₋₁ | ≤ 5% rispetto anno precedente T ₋₁ | ≤ 5% rispetto anno precedente T ₋₁ | QikView |
| | | | EFFICIENZA | | | | |
| | Efficienza produttiva: diminuzione giornate di assenza | Riduzione numero giorni di assenza dal lavoro dei lavoratori agili | Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile (T) | Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile anno T / Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile anno precedente T ₋₁ | Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile anno T / Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile anno precedente T ₋₁ | Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile anno T / Numero giorni di assenza dei lavoratori in modalità agile anno precedente T ₋₁ | Risorse umane |
| | | | EFFICACIA | | | | |
| | Efficacia percepita dagli utenti interni sul lavoro svolto dai lavoratori in modalità agile | Questionario e analisi dei risultati | Assente | Studio e predisposizione di un questionario da erogare ai lavoratori | Erogazione questionario e analisi del risultato | Erogazione questionario e confronto con anno precedente dei risultati e proposta di eventuali azioni di miglioramento | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile |
| Efficacia percepita dagli utenti esterni sul lavoro svolto dai lavoratori in modalità agile | Questionario e analisi dei risultati | Assente | Studio e predisposizione di un questionario ai clienti esterni e/o sulla rete internet dell'Ente | Erogazione questionario, relazione e individuazione aree di miglioramento | Erogazione questionario e confronto con anno precedente dei risultati e proposta di eventuali azioni di miglioramento | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile | |
| DIMENSIONI | OBIETTIVI | INDICATORI | Stato di partenza (Baseline) | Target 2024 | Target 2025 | Target 2026 | FONTE |
| IMPATTI | | | IMPATTO SOCIALE | | | | |
| | Migliorare il rapporto casa - lavoro e il benessere organizzativo | Migliore qualità della vita (risultanze di indagini e questionari) | Assente | Studio e predisposizione di un questionario da erogare ai lavoratori | Questionario e relazione almeno annuale | Questionario e relazione almeno annuale | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile |
| | Ridurre il numero degli infortuni in itinere | Numero di infortuni in itinere anno t ₋₁ /Numero di infortuni in itinere anno t ₋₂ | Numero di infortuni in itinere anno t ₋₁ /Numero di infortuni in itinere anno t ₋₂ | Numero di infortuni in itinere anno t ₋₁ /Numero di infortuni in itinere anno t ₋₂ | Numero di infortuni in itinere anno t ₋₁ /Numero di infortuni in itinere anno t ₋₂ | Numero di infortuni in itinere anno t ₋₁ /Numero di infortuni in itinere anno t ₋₂ | Risorse umane |
| | | | IMPATTO AMBIENTALE | | | | |
| | Ridurre il numero di spostamenti da e per luogo di lavoro - casa | Risultanze di indagini e questionari | Assente | Studio e predisposizione di un questionario da erogare ai lavoratori | Questionario e relazione almeno annuale | Questionario e relazione almeno annuale | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile |
| | | | IMPATTO ECONOMICO | | | | |
| | Ridurre le spese per raggiungere il posto di lavoro | Risultanze di indagini e questionari | Assente | Studio e predisposizione di un questionario da erogare ai lavoratori | Questionario e relazione almeno annuale | Questionario e relazione almeno annuale | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile |
| | | IMPATTI INTERNI | | | | | |
| Migliorare la salute digitale dei lavoratori in modalità agile | Risultanze di indagini e questionari | Assente | Studio e predisposizione di un questionario da erogare ai lavoratori | Questionario e relazione almeno annuale | Questionario e relazione almeno annuale | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile | |
| Migliorare la salute organizzativa e di clima | Risultanze di indagini e questionari | Assente | Studio e predisposizione di un questionario da erogare ai lavoratori | Questionario e relazione almeno annuale | Questionario e relazione almeno annuale | Gruppo di Coordinamento del Lavoro agile | |
| NOTE | Il Lavoro Agile è diventato una modalità di lavoro ordinaria nel rispetto delle disposizioni legislative in materia con deliberazione del Direttore Generale n. 264 del 3 giugno 2022 | | | | | | |

IZS

T E R A M O

/

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



Allegato 5

Piano Azioni Positive
2022/2024

1. Premessa

Il presente Piano delle azioni positive (di seguito PAP) costituisce uno strumento di natura programmatica e strategica da ascrivere al novero delle iniziative promosse dall'Istituto, in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia, per dare attuazione agli obiettivi di parità e pari opportunità prodromici ad una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualsiasi forma di discriminazione.

La promozione delle pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni risponde, oltre che ad un preciso obbligo normativo, anche e soprattutto ai fondamentali obiettivi di equità e di riconoscimento del merito e costituisce la leva fondamentale per il potenziamento dell'efficienza organizzativa nonché della qualità delle prestazioni rese ai cittadini.

Come stabilito dal D.Lgs. n. 198/2006, recante “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246”, e dalla Direttiva n. 2/2019 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, le pubbliche amministrazioni predispongono PAP tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro tra uomini e donne.

La predisposizione del PAP è effettuata dalle amministrazioni in collaborazione con i rispettivi Comitati Unici di Garanzia (di seguito CUG), introdotti dalla Legge n. 183/2010. I CUG hanno competenze molto estese, che spaziano dalla promozione delle pari opportunità al contrasto del mobbing e delle discriminazioni di genere (ma non solo), dalla promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro alla tutela della salute e della sicurezza nonché alla promozione del benessere organizzativo.

Il presente PAP definisce pertanto, per il triennio 2022-2024, il programma degli interventi/azioni che l'Istituto intende attuare per garantire l'effettiva parità tra lavoratori e lavoratrici nonché ambienti di lavoro liberi da discriminazioni e rispettosi della dignità di ognuno.

In conclusione il piano si traduce in uno strumento legato alla programmazione triennale dell'Ente, finalizzato all'attuazione delle politiche di genere di tutela dei lavoratori e legato, in quanto tale, al generale processo di riforma della P.A. diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

2. Introduzione

2.1 Inquadramento normativo

Il presente PAP è adottato in virtù di quanto previsto dall'art. 48 del D. Lgs. 11 Aprile 2006 n. 198 (Codice Pari Opportunità tra uomo e donna), a norma del quale le amministrazioni dello Stato predispongono PAP tendenti ad assicurare, nel loro rispettivo ambito, la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro tra uomini e donne.

Ai sensi dell'art. 42 c. 2 lett. D) del medesimo Decreto, obiettivo del presente documento è quello di favorire l'equilibrio della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario di genere non inferiore a due terzi.

L'Istituto ritiene vitale, per la migliore gestione del sistema istituzionale, la predisposizione di un ventaglio di strumenti innovativi atti a tutelare e favorire le pari opportunità.

La medesima disposizione introduce quale sanzione, per il caso di mancata adozione del suddetto Piano triennale, il divieto di assumere da parte dell'Amministrazione nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette.

I CUG devono pertanto presentare agli organi di indirizzo politico-amministrativo, entro il 30 marzo, una relazione sulla situazione del personale dell'ente di appartenenza – riferita all'anno precedente – contenente un'apposita sezione sull'attuazione del suddetto Piano triennale e, ove non adottato, una segnalazione dell'inadempienza dell'amministrazione. Tale relazione, che a decorrere dall'entrata in vigore della presente direttiva deve essere trasmessa anche all'Organismo indipendente di Valutazione (di seguito OIV), rileva ai fini della valutazione della performance organizzativa complessiva dell'amministrazione e della valutazione della performance individuale del dirigente responsabile.

In ragione del collegamento con il ciclo della performance – così come disposto dalla Direttiva n. 2/2019 recante “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche” emanata dal Ministro per la Pubblica Amministrazione – il PAP deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della performance.

L'art. 42 del suddetto Codice definisce le azioni positive come “misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro”.

La Direttiva del 23 maggio 2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le Pari Opportunità (che ha richiamato la Direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE) specifica le finalità e le linee di azione da seguire per attuare le pari opportunità nelle pubbliche amministrazioni. All'interno del documento in oggetto viene sottolineata, in particolare, l'importanza dell'impulso che le pubbliche amministrazioni possono fornire nello svolgimento di un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche lavorative interne. La Direttiva individua a tal fine precisi indicatori, quali l'aumento della presenza di donne nelle posizioni di vertice, lo sviluppo di buone pratiche finalizzate a valorizzare l'apporto delle lavoratrici e dei

lavoratori nonché lo sviluppo di politiche di gestione delle risorse umane orientate al genere.

Ulteriore fondamento normativo rilevante va individuato nell'art. 21 della Legge n. 183/2010, di modifica del Testo unico del pubblico impiego in materia di pari opportunità. L'art. 7 del D.Lgs. n. 165/2001 prevede attualmente che "le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno".

Ciò posto, il presente documento illustra – in un'ottica di continuità sia programmatica che strategica con le finalità promosse dalla citata normativa – le azioni che l'Amministrazione intende intraprendere per il triennio 2022 – 2024, ai sensi della direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni pubbliche" emanata dal Ministero della funzione pubblica.

2.2 Situazione del personale

Si riportano di seguito i principali dati relativi alla composizione del personale dell'Ente al 31 dicembre 2022 con specifico riferimento alle differenze di genere. (Tab.1, 2 e 3).

Tabella 1. Distribuzione percentuale di genere del personale dipendente – per incarico.

| INCARICO | M | F | Totale | M | F |
|---------------------|-----|-----|--------|------|-----|
| COMPARTO | 87 | 144 | 231 | 38% | 62% |
| DIRETTORI | 3 | | 3 | 100% | 0% |
| PROFESSIONAL | 32 | 25 | 57 | 56% | 44% |
| STRUTTURA COMPLESSA | 6 | 1 | 7 | 86% | 14% |
| STRUTTURA SEMPLICE | 15 | 14 | 29 | 52% | 48% |
| TOTALE | 143 | 184 | 327 | 44% | 56% |

Tabella 2. Distribuzione percentuale di genere del personale dipendente – per area.

| AREA | M | F | Totale | M | F |
|---------------------|-----|-----|--------|-----|-----|
| AMMINISTRATIVI | 21 | 49 | 70 | 30% | 70% |
| TECNICO/SCIENTIFICO | 122 | 135 | 257 | 47% | 53% |
| TOTALE | 143 | 184 | 327 | 44% | 56% |

Figura 1. Totale personale dipendente (n = 327) (Fonte: Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise).

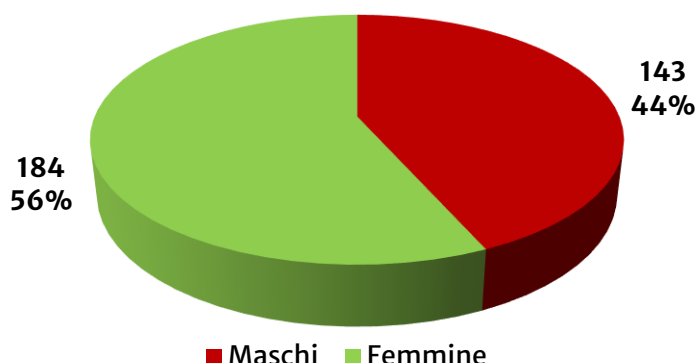
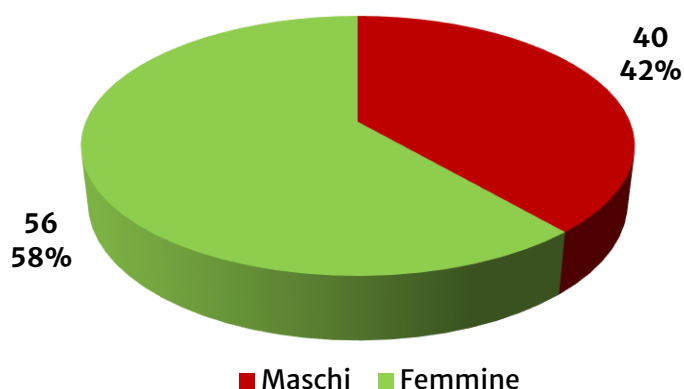


Tabella 3. Distribuzione percentuale di genere del personale con contratto di collaborazione dipendente – per area.

| AREA | M | F | Totale | M | F |
|---------------------|----|----|--------|-----|-----|
| AMMINISTRATIVI | 5 | 5 | 10 | 50% | 50% |
| TECNICO/SCIENTIFICO | 35 | 51 | 86 | 41% | 59% |
| TOTALE | 40 | 56 | 96 | 42% | 58% |

Figura 1. Totale personale con contratto di collaborazione (n = 96).



2.3 Linee generali di intervento

Come osservato nelle tabelle sopra riportate, le donne rappresentano ad oggi circa il 56% del personale dipendente e il 58% di quello con un contratto di collaborazione dell'Istituto. Tale percentuale rende piena ragione della necessità di promuovere politiche di organizzazione e gestione del personale compatibile con il quadro di sostegno sociale ed economico in cui si muovono i dipendenti e le loro famiglie.

Le misure contenute nel piano consistono pertanto in iniziative di welfare dirette a migliorare non solo la condizione del singolo all'interno dell'organizzazione, ma anche ed in particolare quelle della donna lavoratrice, su cui gravano in misura prevalente gli impegni relativi alla cura familiare.

Tale dichiarata attenzione alle politiche di genere è peraltro sottesa a tutti gli obiettivi del Piano, non solo a quelli di welfare specificamente dedicati alle donne. Per tale motivo anche i temi del lavoro agile e del sostegno ai dipendenti in condizione di fragilità si inseriscono nella complessiva azione di sostegno alla famiglia e tengono in considerazione la particolare situazione di emergenza sanitaria causata dal COVID-19.

Sulla base di tali premesse, sono dunque individuate le seguenti linee generali di intervento:

- garanzia di pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella vita lavorativa, nella formazione professionale ed in occasione delle procedure di mobilità;
- promozione di una migliore organizzazione del lavoro e del benessere organizzativo che favorisca l'equilibrio tra i tempi di lavoro e le esigenze di vita privata, ferma restando la prioritaria necessità di garantire la funzionalità degli uffici;
- promozione, in tutte le articolazioni dell'Amministrazione, di una cultura di genere nonché del rispetto del principio di non discriminazione, diretta o indiretta.

2.4 Soggetti e uffici coinvolti

Le strutture impegnate e/o coinvolte nella realizzazione delle azioni positive saranno individuate di volta in volta secondo la materia di riferimento.

2.5 Strumenti e verifiche

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

3. Ambiti di intervento di durata triennale

Nel PAP per il triennio 2022/2024 gli obiettivi primari di questa organizzazione sono:

1. Il benessere organizzativo;
2. La conciliazione vita-lavoro;
3. La formazione;
4. La cultura di genere.

Le proposte ivi indicate hanno ad oggetto, a ben vedere, iniziative mirate a migliorare la condizione del singolo all'interno dell'organizzazione nonché a favorire la conciliazione delle esigenze familiari con il lavoro, la formazione del personale (in un'ottica di crescita e avanzamento professionale) e la promozione di una cultura di genere e delle pari opportunità nell'Amministrazione, anche e soprattutto al fine di

ottenere un cambiamento nelle pratiche istituzionali e nei modelli organizzativi del lavoro e del tempo, in funzione di un cambiamento dell'intera società verso una migliore inclusività.

3.1 Il benessere organizzativo

SPORTELLO DI ASCOLTO

L'Istituto – in continuità con quanto promosso dal CUG – ha intenzione di istituire uno Sportello di Ascolto per rilevare eventuali situazioni di discriminazione, mobbing, violenza di genere nonché di disagio causato dalla carenza di personale, così da rafforzare il ruolo del CUG quale “sensore” di situazioni di malessere legate alla violenza o alla discriminazione, in attuazione di quanto previsto dalla Direttiva 2/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica. A tale Servizio dovrà essere accostata la figura del Consigliere di fiducia, incaricata di svolgere una funzione di sostegno ai lavoratori/lavoratrici e all'organizzazione. Il Consigliere avrà il compito di formulare proposte utili alla risoluzione delle problematiche rappresentate sia dalle lavoratrici e dai lavoratori sia dall'Amministrazione stessa.

Tale Servizio è indirizzato a fornire:

- consulenze di livello “duty”, finalizzate al rispetto delle garanzie di base previste dalla legge, intervenendo nei casi di presunta molestia morale e psicologica nei luoghi di lavoro e nei casi di presunto stress lavoro correlato;
- consulenze di livello “need”, finalizzate al rispetto dei valori organizzativi, all'individuazione di strategie formative per i dirigenti e di programmi aziendali di benessere dei lavoratori/lavoratrici;
- consulenze di livello “benefit”, tese a favorire l'efficacia della prestazione individuale attraverso la valutazione dei problemi organizzativi, quindi di sostegno alla persona e agli uffici.

Per questo triennio l'amministrazione intende sostenere e implementare azioni utili per la rimozione di ogni forma di disagio, anche attraverso le attività di formazione, informazione e sensibilizzazione.

PROMOZIONE DI INIZIATIVE DI PREVENZIONE E SCREENING

Per salvaguardare la salute dei propri dipendenti l'Amministrazione si impegnerà, nel triennio 2022-2024, a promuovere iniziative di prevenzione mirate all'attivazione di convenzioni con enti e presidi medico-sanitari nonché all'organizzazione di campagne di sensibilizzazione volte ad incentivare corretti e sani stili di vita.

Saranno avviate, inoltre, eventuali giornate informative di sensibilizzazione sui temi della salute e della prevenzione.

RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEL CUG

I “CUG per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e il contrasto alle discriminazioni”, istituiti con la legge 183/2010, sono presenti in tutte le amministrazioni pubbliche italiane.

Tali Comitati hanno come obiettivo la realizzazione delle pari opportunità, la promozione di un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e l'impegno a prevenire, rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psicologica all'interno delle organizzazioni di appartenenza.

Nell'attuale momento storico di rinnovo e rilancio della pubblica amministrazione, i Comitati svolgono una fondamentale funzione per la valorizzazione delle diversità, la promozione di azioni positive e l'introduzione di strumenti di flessibilità lavorativa a supporto della conciliazione vita e lavoro.

Essi favoriscono una politica di attenzione alla persona che, partendo dal benessere dei singoli e dell'organizzazione nel suo complesso, mira a mantenere alte la qualità del servizio erogato e la produttività, a vantaggio dell'intera collettività.

Ciò posto, l'Amministrazione si impegnerà a rafforzare ulteriormente il ruolo del CUG, agevolandone lo svolgimento delle funzioni e promuovendo sinergie anche con organismi esterni.

L'Amministrazione favorirà, altresì, la diffusione delle informazioni sull'attività del CUG tramite una migliore fruibilità dello spazio dedicato al Comitato nella rete intranet e sul sito istituzionale, nonché tramite l'organizzazione di giornate formative dedicate.

INDAGINI DI CLIMA ORGANIZZATIVO

Il clima organizzativo – definito come l'insieme delle percezioni da parte delle persone rispetto al loro ambiente di lavoro – rappresenta, se sviluppato in un'ottica di benessere, uno dei fattori chiave per il buon funzionamento dell'Amministrazione. Le indagini sul clima organizzativo, pertanto, rappresentano meccanismi di fondamentale coinvolgimento dei diversi attori protagonisti (dirigenti, lavoratori e collaboratori) volti all'individuazione delle tipologie relazionali costruite all'interno della struttura organizzativa di riferimento e delle correlate ripercussioni sul contesto lavorativo e sui comportamenti attesi.

Vista l'importanza e la centralità del tema in oggetto, il CUG, in collaborazione con l'Amministrazione, è in procinto di avviare un'indagine tra il personale, somministrando un apposito questionario volto ad approfondire e migliorare le problematiche connesse alla cultura del benessere della persona in rapporto al proprio contesto lavorativo, nonché a rafforzare le conoscenze di base e i progressi realizzati in materia di parità di genere.

Ciò posto il CUG e l'Amministrazione procederà alla raccolta, elaborazione e valutazione dei dati i cui esiti saranno finalizzati ad approfondire e migliorare le problematiche connesse alla cultura del benessere della persona in rapporto al proprio contesto lavorativo, a rafforzare le conoscenze di base e i progressi realizzati in materia di parità di genere nonché a disegnare efficaci strategie atte a perseguire il benessere organizzativo e orientare iniziative mirate per sostenere l'equilibrio tra il lavoro e la vita privata di tutto il personale dell'IZS.

La stessa si propone, altresì, di avviare azioni positive che pongano il dipendente al centro dell'organizzazione, tramite la somministrazione di ulteriori questionari per procedere ad indagini e analisi sul clima organizzativo, al cui esito sarà possibile proporre eventuali azioni di miglioramento.

MISURE PER FAVORIRE L'INCLUSIONE DEL PERSONALE CON DISABILITÀ

Per quanto riguarda le iniziative inclusive volte alla rimozione di ogni forma di discriminazione, va segnalato che l'Istituto, in un'ottica di costante aggiornamento, intende prevedere interventi specifici per la supervisione delle dinamiche presenti nei contesti lavorativi, al fine di favorire il coinvolgimento del personale con disabilità oltre che dare sostegno al team che dovrà farsi carico delle problematiche poste dai colleghi portatori di disagio.

Anche negli anni scorsi è stata posta particolare attenzione alle situazioni di fragilità, anche in ragione delle nuove misure organizzative poste in essere per fronteggiare l'evento pandemico. I soggetti interessati sono stati infatti dotati di tutti gli strumenti tecnologici in grado di ridurre il divario tra le attività svolte in presenza e quelle svolte da remoto.

Per il triennio 2022-2024 verrà posta particolare attenzione anche alle attività del "Disability manager" che, in linea con gli obiettivi dell'amministrazione, promuoverà azioni tese a tutelare i bisogni delle lavoratrici e dei lavoratori portatori di disabilità fisiche e psichiche.

In tale ambito è intenzione di questo Ente promuovere iniziative finalizzate allo sviluppo della cultura dell'inclusione, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni delle varie categorie di riferimento (Associazioni non vedenti, non udenti, ecc.) per implementare l'utilizzo di ogni utile supporto volto alla rimozione degli ostacoli e a garantire la parità di accesso alla vita lavorativa per ogni singolo lavoratore/lavoratrice. Ciò anche alla luce delle nuove modalità di lavoro potenzialmente indispensabili per eventuali e future circostanze emergenziali. In merito a ciò, l'eventuale responsabile del Servizio di ascolto e il Disability manager potranno avviare un dialogo con le suddette associazioni e con i competenti uffici preposti alle attività di informazione e di comunicazione istituzionali, al fine di progettare nuove e più idonee modalità di accesso al Portale istituzionale per i non vedenti e i non udenti.

3.2 La conciliazione vita-lavoro

ADOTTARE MISURE VOLTE ALLA RIDUZIONE DELL'IMPATTO E AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ AMBIENTALE DELL'ISTITUTO

L'Istituto riconosce il carattere imperativo e prioritario della transizione ecologia nell'ottica delle imprescindibili esigenze di salvaguardia, tutela e rispetto dell'ambiente. La previsione di specifiche misure volte all'attuazione degli obiettivi di riferimento (diventata ormai indispensabile per ogni ente pubblico) ha innescato infatti un processo di cambiamento volto a determinare ricadute di primaria importanza a livello energetico, con una consistente limitazione del ricorso alle fonti fossili ed un conseguente rafforzamento del diritto alla salute di tutti i cittadini.

Verranno in tal senso adottati interventi volti ad enfatizzare l'attenzione dell'Ente per le tematiche ambientali, riducendo notevolmente l'impatto delle fonti nocive. In particolare verranno predisposti:

- interventi legati alla diffusione dell'approccio plastic-free (tra questi si segnalano l'installazione di altri distributori di acqua liscia e gassata anche nelle sedi periferiche, nonché la creazione di spazi polifunzionali da adibire ad aree attrezzate per il consumo dei pasti come bar plastic-free);

- attività divulgative a tema (seminari, proiezione di film e interventi nelle scuole) aperte anche alle famiglie del personale;
- interventi di efficientamento energetico;
- iniziative che incentivino la mobilità sostenibile;
- iniziative di tipo educativo/formativo sull'alimentazione in collaborazione con medici specialisti di settore;
- iniziative legate alla transizione ecologica per il miglioramento della qualità della vita, anche lavorativa, del personale.

MOBILITY MANAGER

Ai sensi dell'art. 3, comma 1, del decreto del ministro dell'ambiente 27 marzo 1998, è prevista presso il Ministero della Salute la figura del Mobility manager, con il compito di verificare soluzioni per il miglioramento dei servizi di trasporto locale, su gomma e su ferro (con il supporto delle aziende che li gestiscono) e l'integrazione degli stessi con sistemi di complementari ed innovativi, sì da garantire l'intermodalità e l'interscambio nonché l'utilizzo di biciclette e/o di servizi di noleggio di veicoli elettrici e/o a basso impatto ambientale.

Sono stati altresì avviati i contatti necessari alla stipula di una convenzione con i servizi di trasporto, onde consentire ai dipendenti di accedere alla scontistica riservata alle Amministrazioni dotate di Mobility manager per l'acquisto o il rinnovo degli abbonamenti di trasporto pubblico.

Si intende altresì effettuare un costante aggiornamento del personale sulle iniziative in materia, dando impulso anche alla cultura del rispetto dell'ambiente.

Al fine di rispondere alle criticità del trasporto urbano e di ridurre il disagio dei dipendenti, è in analisi anche l'utilizzo di un servizio di navetta aziendale.

In continuità con quanto già effettuato, è intenzione di questo Istituto operare nell'ottica del mantenimento e dell'implementazione dei parcheggi dedicati e riservati al personale con disabilità anche temporanee e alle lavoratrici in gravidanza. Lo stesso dicasi per le rastrelliere destinate al parcheggio delle biciclette.

SMART WORKING

Durante le fasi più acute dell'emergenza pandemica, il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa in virtù dell'articolo 87, comma 1, del D. L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito con la L. 24 aprile 2020, n. 27.

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

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

A tal riguardo l'Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni (Aran) ha siglato con le OO.SS., in data 5 gennaio 2022, l'Ipotesi di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro – Comparto Funzioni Centrali, nella quale si dispone la regolamentazione del lavoro a distanza, che si articola in lavoro agile (di cui alla Legge 81/2017) e lavoro da remoto. Trattasi di un importante riconoscimento di tale tipologia lavorativa, che supera il momento emergenziale e che può realmente trasformarsi quale modalità ordinaria ed efficace per l'articolazione dell'attività di servizio.

Di conseguenza, nelle more dell'entrata in vigore del richiamato CCNL - Comparto Funzioni Centrali 2019/2021, l'Amministrazione ha proceduto a regolamentare il rientro in presenza del personale, in base a quanto previsto dal Decreto dell'8 ottobre 2021 del Ministro della pubblica amministrazione, in attuazione delle disposizioni impartite con decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri del 23 settembre 2021 e delle relative linee guida rivolte alle PP.AA. e agli altri enti ad esse assimilati, tenuti a prevedere misure in materia di lavoro agile, nonché della Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, recante "Lavoro agile", pubblicata sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione pubblica il 5 gennaio 2022.

Le linee guida pubblicate dal Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 16 dicembre 2021 in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, hanno l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca provvisoriamente condizioni di lavoro trasparenti, favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo nel contempo il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Tanto premesso, l'Amministrazione si riserva di condurre i necessari approfondimenti concernenti l'evoluzione normativa ed applicativa delle forme di lavoro flessibile presso la Pubblica Amministrazione, anche a fronte dell'esperienza finora maturata presso gli istituti centrali e periferici dell'Amministrazione.

Mediante tale attività di studio l'Amministrazione procederà poi all'aggiornamento delle procedure di attuazione e regolamentazione dello smart working, con particolare attenzione alla mappatura delle attività nonché alle modalità di monitoraggio del personale coinvolto.

L'Amministrazione ha infine redatto nel 2021 – in adempimento a quanto previsto dall'art. 263 del D.L. n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 77 del 2020, sentite le Organizzazioni sindacali – il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

A tal riguardo l'articolo 14 della legge n. 124 del 2015 – aggiornato in base a quanto previsto dall'articolo 263, comma 4 bis, del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, così come modificato dall'articolo 11 bis del decreto legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito dalla legge 17 giugno 2021, n. 87 – ha disposto che le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno, redigano, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), in modo che almeno il 15% dei dipendenti che svolgono attività delocalizzabili possa avvalersi del lavoro agile. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 15% dei dipendenti, ove lo richiedano.

Il POLA, in particolare, definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti all'interno dell'Amministrazione.

Si specifica a riguardo che il POLA non va inteso come programmazione degli obiettivi delle singole strutture e degli individui in lavoro agile, bensì quale Sezione del Piano della Performance e vero e proprio atto di programmazione, che deve definire obiettivi coerenti con la strategia generale e con le risorse umane e finanziarie disponibili, individuando specifici obiettivi tra i quali anche gli obiettivi di innovazione organizzativa, con correlati indicatori e target, di breve, medio e lungo periodo.

Tali obiettivi organizzativi devono essere legati alla revisione dei modelli di organizzazione del lavoro e devono essere misurabili – mediante integrazione del sistema di misurazione degli indicatori previsti per la performance – in termini di risultati attesi e risultati raggiunti, anche in termini di impatto all'esterno.

L'Amministrazione ha inoltre optato, nella redazione del POLA, per la creazione di un sistema integrato composto da tutte le strutture organizzative presenti presso la medesima Amministrazione, che abbiano competenza non soltanto in materia di lavoro agile, ma soprattutto nella programmazione degli obiettivi strategici dell'azione amministrativa e misurazione della performance.

Di conseguenza, considerato quanto previsto dell'art. 263 del D.L. n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 77 del 2020, l'Amministrazione si impegna alla redazione del POLA anche per il triennio 2022-2024 nei termini previsti dalla legge.

Ciò posto, considerato che il lavoro agile è in grado di influire sulla produttività e sul livello di benessere organizzativo dei dipendenti, con un generale miglioramento della qualità della vita, anche in termini di conciliazione vita/lavoro, l'Amministrazione nel triennio 2022-2024 intende intraprendere iniziative volte ad implementare la conoscenza di tale modalità lavorativa, mediante l'organizzazione di incontri che potranno interessare sia i dirigenti che i dipendenti.

COWORKING

L'Amministrazione avrà intenzione di promuovere, mediante il citato decreto direttoriale n. 2173 del 12 novembre 2020, la possibilità per i dipendenti di svolgere l'attività lavorativa in coworking, presso un ufficio diverso da quello di appartenenza, più vicino alla propria residenza e/o dimora abituale.

CAMPUS ESTIVI, ASILI NIDO E SPAZI A SUPPORTO DELLA CONCILIAZIONE CASA-LAVORO

L'Amministrazione si propone nel triennio di riferimento di monitorare la richiesta di asili nido, centri estivi e spazi a supporto della conciliazione vita-lavoro tra il personale, così da comprendere quali siano i principali bisogni per valutare la destinazione degli spazi a servizi di conciliazione, potenzialmente attivabili presso il Ministero.

L'Istituto intende, nel costante perseguimento del benessere dell'ambiente lavorativo sotteso a tutti gli obiettivi contenuti nel presente Piano, collaborare all'attivazione di un campus estivo dedicato ai figli dei dipendenti, onde consentire agli stessi una migliore armonizzazione del tempo-lavoro con gli impegni correlati alla cura degli interessi familiari, anche e soprattutto durante i periodi di chiusura degli istituti scolastici, come noto particolarmente impegnativi per i genitori.

POTENZIARE IL LAVORO AGILE

Il lavoro agile è uno strumento manageriale di miglioramento organizzativo che incide sul lavoratore e sulle relative dimensioni (soggettiva, oggettiva e sociale) interessando tanto le esigenze individuali quanto le condizioni lavorative, economiche e ambientali (rapporto tra bisogni del lavoratore e l'Ente) nonché gli aspetti di natura sociale legati all'attività lavorativa (rapporto tra lavoro e vita). Introduce una modalità operativa evoluta basata su paradigmi quali l'assegnazione di obiettivi operativi, la flessibilità e autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti da utilizzare, la responsabilizzazione e il controllo sui risultati. L'Istituto ha adottato il lavoro agile in maniera diffusa a marzo 2020, all'esordio della pandemia COVID – 19. Il lavoro agile è stato svolto con percentuali inferiori in questi ultimi due anni, a seconda dell'andamento della pandemia. La percentuale femminile è stata costantemente superiore a quella maschile. Tale circostanza è da ricondurre inevitabilmente al diverso e più gravoso ruolo svolto dalla donna nella organizzazione familiare e accentuato dalla chiusura delle scuole in presenza e dall'introduzione della didattica a distanza.

Sfruttando l'esperienza maturata nei due anni trascorsi da un punto di vista organizzativo-gestionale (che ha portato anche ad un adeguamento e ad un'innovazione delle infrastrutture tecnologiche-digitali) l'IZS ha stabilito alcuni obiettivi che intende perseguire attraverso il lavoro agile:

- rendere operative in modo diffuso modalità sganciate dall'orario di lavoro ed orientate al risultato nonché ad una maggiore autonomia e responsabilità personale;
- potenziare e sviluppare la cultura e gli strumenti di misurazione quanti-qualitativa delle attività ordinarie e straordinarie agganciando ai relativi esiti l'assegnazione dei trattamenti accessori e lo sviluppo delle carriere;
- rendere più efficiente il lavoro attraverso l'utilizzo diffuso di strumenti di condivisione dell'attività e dei prodotti realizzati;
- migliorare il benessere organizzativo promuovendo la conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- contribuire alla transizione ecologica attraverso il miglioramento della qualità della vita della collettività e la sostenibilità ambientale;
- promuovere l'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità.

3.3 La formazione

DIFFUSIONE DELLA FORMAZIONE E ACCESSO ALLA FORMAZIONE NEL RISPETTO DEI PRINCIPI DI PARI OPPORTUNITÀ E DI NON DISCRIMINAZIONE

Al fine di consentire una maggiore partecipazione alla formazione di tutto il personale, l'Amministrazione intende ampliarne l'offerta formativa, dando articolare risalto all'implementazione e al monitoraggio di tutti gli strumenti tecnologici innovativi nonché tutelando il principio delle pari opportunità di accesso alla formazione.

Per diffondere la cultura delle pari opportunità, della non discriminazione e del benessere organizzativo, inoltre, l'Amministrazione si propone di attivare percorsi

formativi sul tema della disabilità, sulle dinamiche relazionali e sulla conciliazione delle esigenze lavorative e familiari come strumento di sviluppo economico e sociale all'interno dell'Amministrazione medesima, nonché sullo smart working.

L'Amministrazione si impegnerà a promuovere corsi finalizzati alla sensibilizzazione di temi fondamentali quali l'inclusione lavorativa del personale con disabilità, la conciliazione dei tempi vita-lavoro (smart working), le pari opportunità e il contrasto alla violenza di genere. Sul tema specifico della parità di genere, in particolare, è intendimento dell'Amministrazione inserire – nell'ambito delle iniziative dedicate alla formazione del personale – un modulo di approfondimento sul ruolo e le funzioni delle Consigliere di Parità che, in qualità di pubblici ufficiali, svolgono funzioni conciliative e giudiziali in materia di discriminazione di genere sul lavoro.

ADOZIONE DI MISURE PER FACILITARE IL RIENTRO AL LAVORO DEL PERSONALE CHE SI È ASSENTATO DAL SERVIZIO PER LUNGHI PERIODI

Al fine di non disperdere le competenze dei dipendenti costretti a lunghi periodi di assenza dal lavoro per motivi personali (es. rientro dalla maternità, malattia o aspettativa per motivi di cura e assistenza familiare) l'Amministrazione si impegnerà, in collaborazione con il CUG, a porre in essere specifici interventi di supporto e tutoraggio operativo al rientro in servizio, anche tramite l'organizzazione di percorsi di aggiornamento per il personale.

L'intervento sarà mirato all'aggiornamento relativo alle procedure e modalità operative di competenza, in modo da mettere a proprio agio il dipendente che riprende il lavoro, rendendolo autonomo ed integrato nel più breve tempo possibile anche tramite l'affiancamento interno predisposto dal responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Nei casi in cui il personale, dopo accertamenti sanitari del Medico competente, sia dichiarato inidoneo allo svolgimento della propria mansione e venga quindi destinato ad altra funzione, l'Ufficio competente prevede e programma percorsi di aggiornamento/riqualificazione professionale che permettano a quest'ultimo, in tale situazione, di dedicarsi con serenità e preparazione alle nuove mansioni, in modo da reintegrarsi senza disagi e senso di emarginazione alle diverse attività lavorative.

ADOTTARE LE MISURE DI WELFARE INTEGRATIVO A FAVORE DEL PERSONALE

A norma dell'art. 89 del CCNL comparto Sanità, dell'art. 80 bis del CCNL relativo alla Dirigenza dell'area Sanità e dell'art. 32 del CCNL relativo alla Dirigenza Funzioni Locali – Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, rubricati “Welfare integrativo”, le Aziende e gli Enti disciplinano – in sede di contrattazione integrativa – la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore dei propri dipendenti, tra i quali:

- iniziative di sostegno al reddito della famiglia;
- supporto all'istruzione e promozione del merito dei figli;
- contributi a favore di dipendenti in difficoltà ad accedere ai canali ordinari del credito bancario o che si trovino nella necessità di affrontare spese non differibili;
- polizze sanitarie integrative delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale.

Gli oneri per la concessione di tali benefici sono sostenuti mediante l'utilizzo di quota parte del Fondo premialità e condizioni di lavoro.

L'istituto intende impegnarsi, ai fini dell'attuazione di tali disposizioni, nei limiti delle disponibilità economiche di anno in anno accertate sul Fondo di riferimento e nel rispetto dei principi di buona amministrazione sottesi all'agire amministrativo.

Verrà inoltre verificata la possibilità di ricorrere ad eventuali modalità e strumenti alternativi di finanziamento che non incidano sulla disponibilità del Fondo richiamato. Tale condizione sarà presupposto indispensabile per la realizzazione delle relative misure.

3.4 La Cultura Generale

CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE E ALLE SITUAZIONI DI DISAGIO CAUSATE DA MOLESTIE MORALI E PSICO-FISCHE CORRELATE ALL'AMBIENTE LAVORATIVO

Obiettivo importante per l'Amministrazione sarà la realizzazione di un Progetto antimobbing volto a sostenere le lavoratrici/lavoratori in difficoltà a causa di situazioni di disagio e/o di molestie morali e psico-fisiche perpetrate in ambiente lavorativo.

Con questo progetto, in collaborazione con il CUG, l'Amministrazione prevede attività di prevenzione e sensibilizzazione presso gli uffici dislocati sul territorio, attraverso l'organizzazione di percorsi formativi/informativi aventi i seguenti obiettivi:

1. sensibilizzazione sul fenomeno del disagio lavorativo e delle vessazioni nei contesti di lavoro, utile a riconoscere le molestie morali e psicofisiche;
2. individuazione delle forme di malessere che possono colpire il lavoratore;
3. informazioni sulle opportunità offerte dagli Sportelli di Ascolto;
4. informazioni sui percorsi da intraprendere per chi vive una situazione di disagio a causa di vessazioni in ambito lavorativo.

GENDER EQUALITY PLAN (GEP)

La Commissione Europea ha previsto – in coerenza con la Strategia per la parità di genere 2020-2025 dell'UE e con l'obiettivo di definire i percorsi per garantire l'uguaglianza di genere – che le Istituzioni pubbliche che vogliono accedere ai finanziamenti del prossimo programma Horizon Europe debbano dotarsi del Gender Equality Plan (GEP).

I GEP sono un requisito obbligatorio per gli enti pubblici, le organizzazioni di ricerca e gli istituti di istruzione superiore degli Stati membri dell'UE e dei Paesi associati.

Il documento è dunque pensato per aiutare le organizzazioni a soddisfare il nuovo criterio di ammissibilità e si basa su materiali esistenti, buone pratiche e risorse che sostengono la parità di genere nella ricerca e nell'innovazione, quale valore fondamentale riconosciuto a livello sovranazionale e capace di apportare benefici nel campo, migliorando la qualità e la pertinenza della ricerca e dell'innovazione, attirando e trattenendo più talenti e garantendo che tutti possano massimizzare il loro potenziale.

Nella formulazione del GEP le istituzioni devono rispettare, secondo le indicazioni fornite dalla Commissione Europea, i seguenti requisiti:

1. formale pubblicazione sul sito web dell'istituzione;
2. precisa indicazione delle risorse dedicate, quali ad esempio le risorse umane ed esperti di genere necessari alla sua stesura;
3. formale previsione di raccolta e monitoraggio dei dati disaggregati per sesso/genere relativamente al personale e la redazione di rapporti annuali basati su indicatori;
4. previsione di un programma relativo alla formazione del personale e dei dirigenti mirato alla sensibilizzazione sull'uguaglianza di genere e sui pregiudizi di genere.

Il Piano è poi suddiviso in Aree strategiche che di solito si focalizzano sui seguenti temi:

1. equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione (Benessere organizzativo);
2. equilibrio di genere nella leadership e nei processi decisionali;
3. uguaglianza di genere nel reclutamento e nella progressione di carriera;
4. integrazione della prospettiva di genere nella didattica e nella formazione;
5. misure di contrasto ad ogni forma di discriminazione legata al genere e ad ogni forma di violenza di genere, incluse le molestie sessuali (violenza di genere e divulgazione sui temi delle pari opportunità).

Nello specifico, per ogni area strategica è necessario individuare:

1. un obiettivo generale che l'Amministrazione intende promuovere e realizzare in termini di sviluppo di politiche sulla parità di genere;
2. una o più singole azioni, intendendosi una o più misure specifiche individuate come strategie operative per raggiungere ciascun obiettivo indicato;
3. il target diretto, cioè i principali Destinatari/Beneficiari della misura prevista (interni all'Amministrazione);
4. il target indiretto e dunque i destinatari/Referenti Secondari della misura prevista (anche esterni all'Amministrazione) popolazione;
5. i responsabili istituzionali e operativi, con ciò intendendo le figure/ruoli apicali nell'organigramma dell'Amministrazione cui spetta la competenza decisionale rispetto all'indirizzo politico adottato attraverso ciascuna misura, nonché i soggetti responsabili del processo di stesura della misura enunciata e del monitoraggio della sua effettiva operatività;
6. gli output, in termini di prodotti tangibili derivanti dall'implementazione di ciascuna misura enunciata;
7. gli outcome, cioè i risultati misurabili delle politiche adottate come ratio di ciascuna misura sulla base dei nodi critici identificati come target persistenti di disuguaglianza da contrastare;
8. la timeline, il periodo previsto per il conseguimento dei risultati prefissati;
9. gli indicatori e dunque le soglie di performance/i parametri di tendenza per misurare gli outcome conseguiti nei tempi indicati.

10. le risorse umane e finanziarie, laddove la realizzazione della singola misura lo richieda, anche in connessione con il Piano Integrato per la gestione del ciclo della Performance e il Piano delle Azioni Positive.

Ciò posto, l'Amministrazione – vista l'importanza e centralità del tema in oggetto – ha nominato con DPR. n. 1035/2021 i componenti del Tavolo tecnico per la predisposizione del Piano di parità di genere.

Le attività del Tavolo sono mirate alla redazione annuale del GEP dell'Istituto, il quale dovrà ricomprendere sia misure concrete finalizzate a promuovere la cultura della parità e dell'inclusione (nel profondo rispetto delle diversità all'interno dell'Amministrazione) SIA i requisiti minimi richiesti dalla Commissione europea per la partecipazione al Programma di ricerca e innovazione di Horizon Europe.

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione/determinazione viene pubblicata all'Albo di questo Istituto in data odierna e vi

rimarrà affissa per giorni 15 consecutivi

Data 31/01/2024

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

F.to Claudia Rasola

(atto firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 del D.lgs 82/2005 e s.m.i.)