



Delibera n. 5 del 16/01/2026

OGGETTO: LA RENDICONTAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'
(PIANO AUDIT 2026) DELL'INTERNAL AUDITING

IL DIRETTORE GENERALE – Dott.ssa Paola Palmieri

Nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. XII/4852 del 01/08/25

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario Dr. Aldo Bellini Favorevole

Direttore SocioSanitario Dr. Antonio Colaianni Favorevole

Direttore Amministrativo Dott. Giuseppe Matozzo Favorevole

PREMESSO che questa Agenzia con deliberazione num. 185 del 5 aprile 2016 ha istituito la Funzione di Internal Auditing e ne ha nominato il Responsabile nella persona del Dott. Paolo Civillini;

che l'Allegato A – Indirizzi di Programmazione 2026 di cui alla DGR 5589 del 30 dicembre 2025, prevede la predisposizione e la trasmissione della “pianificazione annuale” alla Direzione Generale Welfare entro il 31 gennaio 2026;

VISTA la relazione allegata denominata “La rendicontazione e la programmazione delle attività (piano di audit 2026)” predisposta dal Responsabile della Funzione di Internal Auditing contenente il piano annuale, nonché la rendicontazione delle attività svolte nel 2025 dalla Funzione di Internal Auditing dell’Agenzia;

CONSIDERATO che, nell’ipotesi in cui dovessero intervenire specifiche richieste da parte della Funzione Regionale di Internal Auditing e/o diverse necessità aziendali, sarà cura del Responsabile della Funzione di Internal Auditing provvedere all’aggiornamento della predetta pianificazione in accordo con quanto definito dal “Regolamento di Internal Auditing” (ID 02297), approvato con decreto del Direttore Generale num. 439 del 21 novembre 2023;

VISTA la proposta presentata dal Responsabile della Funzione di Internal Auditing, Dott. P. Civillini, che anche in qualità di Responsabile del procedimento, attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

VISTA l’attestazione del Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, Dott.ssa Ilaria Castagna, in ordine alla regolarità contabile

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare la Relazione denominata “La rendicontazione e la programmazione delle attività (piano di audit 2026)”, allegata quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di stabilire che nell’ipotesi in cui dovessero intervenire ulteriori esigenze e/o diverse necessità aziendali, sarà cura del Responsabile della Funzione di Internal Auditing, Dott. Paolo Civillini, provvedere all’aggiornamento della predetta pianificazione, in accordo con quanto definito dal “Regolamento di Internal Auditing” (ID 02297), approvato con decreto del Direttore Generale num. 439 del 21 novembre 2023;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell’art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall’art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all’albo on line dell’Ente;
- di comunicare l’adozione del presente provvedimento alle Strutture aziendali.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Paola Palmieri)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

STRUTTURA PROPONENTE: SS CONTROLLI INTERNI, GESTIONE QUALITA' E RISK MANAGEMENT

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

**Il Dirigente Responsabile
Paolo Civillini**

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

Si attesta la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Programma di spesa: _____

Conto n.: _____ Importo: _____

NOTE



RELAZIONE

**LA RENDICONTAZIONE E LA
PROGRAMMAZIONE DELLE
ATTIVITÀ (PIANO AUDIT 2026)
DELL'INTERNAL AUDITING**

ID 02395

Approvato con deliberazione num. ... del

DOCUMENTO DI PROPRIETA' DELLA ATS BRIANZA

Sommario

PREMESSA.....	1
1 LA RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL 2025.....	1
1.1 Aspetti organizzativi/di promozione.....	1
1.2 L'attività di verifica del 2025.....	2
1.2.1 L'attività di audit.....	2
1.2.2 L'attività di follow-up.....	4
2 LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDITING.....	4
2.1 Attività di carattere organizzativo/ di promozione.....	4
2.2 Il Piano degli Audit 2026.....	5

PREMESSA

Le indicazioni fornite dall'Internal Auditing regionale prevedono, a carico degli enti del SiREG, la predisposizione e la trasmissione al livello regionale della "Pianificazione annuale dell'attività di audit che dovrà essere eseguita nell'anno". Per il 2026 ciò dovrà avvenire entro il 31/01 mediante invio alla casella email: audit@regione.lombardia.it.

Nell'ATS Brianza l'attivazione della Funzione di Internal Auditing (da ora IA) è avvenuta nell'aprile del 2016¹. Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico in vigore (da ora POAS)² pone la Funzione di IA in staff al Direttore Generale e ha attribuito alla Struttura Semplice Controlli Interni, Gestione Qualità e Risk Management il ruolo di supervisione, coordinamento e supporto alle attività della predetta Funzione Aziendale.

Poiché si ritiene che la pianificazione delle attività non può avvenire senza una rilevazione/valutazione delle attività svolte nel periodo precedente a quello oggetto di pianificazione, il presente documento cercherà di trattare i seguenti argomenti:

1. rendicontazione delle attività svolte nel 2025;
2. programmazione 2026 delle attività comprensive del "piano degli audit 2026".

1 LA RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL 2025

Le attività svolte dall'IA nel 2025 possono essere classificate in due macro tipologie riguardanti rispettivamente:

- A. gli aspetti organizzativi/di promozione;
- B. l'attività di verifica (audit e follow-up).

1.1 Aspetti organizzativi/di promozione

Relativamente agli aspetti organizzativi/comunicativi nel 2025 sono state realizzate le seguenti attività:

- promozione dell'individuazione dei controlli operativi di linea (cd 1° livello) in concomitanza con la programmazione delle attività ordinarie significative per il Sistema di Gestione per la Qualità per il 2025 avviata con mail del 27/11/2024;

¹ Deliberazione n. 185 del 05/04/2016

² Deliberazione n. 468 del 22/11/2024 "Piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022-2024 dell'ATS Brianza: adozione aggiornamento 2024 e contestuale revoca della delibera n.299 dell'1 agosto 2024"

- realizzazione di un'indagine di customer diretta a rilevare il grado di soddisfazione dei dipendenti partecipanti agli audit di IA e di cui di seguito si riportano, raffrontati al quadriennio precedente:

✓ la percentuale di adesione;

	2019	2021	2022	2023	2024	2025
partecipanti agli audit	34	19	17	35	33	24
risposte registrate	13	17	12	25	13	11
% di adesione	38,24	89,47	70,59	71,43	39,39	45,83

✓ il grado complessivo di soddisfazione rilevato;

soddisfazione	2019	2021	2022	2023	2024	2025
indice soddisfazione	8,99	7,71	8,58	9,00	8,85	8,55

- supporto alla Funzione Risk Management nell'avvio del progetto regionale HERM;
- implementazione dell'anagrafica dei processi delle strutture organizzative aziendali individuando quelli che: a) impattano sul bilancio ats, generando accertamenti, liquidazioni e/o rimanenze; b) sono da considerare significativi rispetto alle funzioni svolte e/o alla quantità dei prodotti erogati;
- predisposizione di una istruzione operativa (ID 05923 rev 00 del 08/07/25) per la rendicontazione alla Funzione Regionale dell'Internal Auditing tramite la compilazione di uno specifico "applicativo" regionale disponibile all'indirizzo: <https://www.bandi.regione.lombardia.it/servizi/home>.

1.2 L'attività di verifica del 2025

Nel corso del 2025 l'IA ha svolto sia attività di "audit" sia attività di "follow-up". L'attività di follow-up è stata effettuata sui rilievi emersi nel corso degli audit effettuati nel 2024.

1.2.1 L'attività di audit

Gli obiettivi per il 2025 dell'attività di audit sono stati:

1. la definizione dei livelli delle responsabilità e delle competenze;
2. l'individuazione, la definizione e la realizzazione di appropriati controlli operativi;
3. l'effettiva tenuta "sotto controllo" del processo;
4. l'individuazione di pericoli e problematicità operative/gestionali del processo;
5. l'individuazione e il mantenimento aggiornato della normativa "specificata" del processo;
6. l'assicurazione e la condivisione tra tutti gli operatori, coinvolti nel processo, della normativa specifica.

La tabella mostra:

- gli audit (6) previsti nel “piano degli audit 2025”;

struttura	denominazione stp	num verif.	stato	data avvio audit	data conclusiva audit	gestione condivisa segnalaz
flussi finanziari	predisposizione documentazione verifica di cassa trimestrale	A01-25	effettuato	07/07/25	08/09/25	08/09/25
vigilanza farmaceutica	vigilanza ordinaria sulle strutture dispensatrici di farmaci	A02-25	effettuato	08/04/25	22/05/25	22/05/25
igiene alimenti e nutrizione	controllo matrici alimentari e moca	A03-25	sospeso	nd	nd	nd
vigilanza strutture sociali e sperimentazioni	verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio delle strutture sociali	A04-25	effettuato	17/09/25	11/12/25	11/12/25
dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali	gestione di fondi e contributi	A05-25	effettuato	23/05/25	30/07/25	30/07/25
igiene urbana veterinaria	programmazione, esecuzione, monitoraggio e rendicontazione della prevenzione del randagismo	A06-25	effettuato	12/06/25	26/06/25	nessuna

- gli audit effettuati (5) con le date di inizio e di fine. Al riguardo si segnala che l'audit A03-25 non è stato effettuato in quanto, successivamente alla sua pianificazione, la Struttura organizzativa ha scelto di certificare il processo ai fini ISO 9001 e ciò ha comportato l'effettuazione di uno specifico audit ISO. Conseguentemente, si è ritenuto opportuno non sottoporre il processo anche ad un ulteriore audit di IA;
- le date degli incontri in cui la funzione IA ha supportato i responsabili delle Strutture nella gestione dei rilievi emersi nei singoli audit, concordando le azioni da realizzare, gli indicatori di risultato e la tempistica di attuazione. Al riguardo si segnala come tale attività non è stata svolta per l'audit A06-25, poiché dallo stesso non sono emersi rilievi significativi per l'IA.

Rispetto ai dati riportati nella precedente tabella occorre evidenziare che ormai:

A. gli audit si articolano in tre momenti condotti in date distinte:

- ✓ **incontro di apertura dell'audit:** in esso, oltre a illustrare gli obiettivi, l'ambito dell'audit, le metodologie utilizzate e le fasi operative, si procede, intervistando i presenti, a descrivere il processo o a verificare la corrispondenza dello stesso alla eventuale procedura;
- ✓ **lavoro sul campo:** diretto ad acquisire le evidenze necessarie per accertare che il processo oggetto di audit sia correttamente strutturato/organizzato, tenuto regolarmente sotto controllo e che le verifiche, i controlli operativi/di linea e i controlli trasversali – se previsti dalle Strutture/Funzioni aziendali preposte – siano individuati/definiti, attuati e idonei ad assicurare il contenimento dei rischi nei limiti ritenuti accettabili;
- ✓ **chiusura dell'audit:** diretto a condividere le risultanze emerse, gli eventuali rilievi e l'esito complessivo dell'audit.

Ovviamente, la distinzione dei tre momenti è direttamente proporzionale alla complessità del processo auditato.

B. la gestione condivisa dei rilievi è stata introdotta poiché nel passato in alcuni casi in sede di follow-up l'IA ha rilevato che le azioni realizzate non permettevano, fin dalla loro individuazione e programmazione, il superamento del rilievo originario: in tal modo IA ha ulteriormente implementato la propria funzione di counsellig.

Gli audit effettuati nel corso del 2025 sono esitati in 17 rilievi di Internal Auditing di cui 10 osservazioni e 7

struttura	denominazione stp	num verif	num verif	stato	data avvio audit	data conclusiva audit	gestione condivisa segnalazioni	num suggerimenti	num osservazioni	totale rilievi IA	rilievi SGQ
flussi finanziari	predisposizione documentazione verifica di cassa trimestrale	F01-26	A01-25	effettuato	07/07/25	08/09/25	08/09/25	3	2	5	3
vigilanza farmaceutica	vigilanza ordinaria sulle strutture dispensatrici di farmaci	F02-26	A02-25	effettuato	08/04/25	22/05/25	22/05/25	2	2	4	4
vigilanza strutture sociali e sperimentazioni	verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio delle strutture sociali	F04-26	A04-25	effettuato	17/09/25	11/12/25	11/12/25	1	2	3	3
dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali	gestione di fondi e contributi	F05-26	A05-25	effettuato	23/05/25	30/07/25	30/07/25	1	4	5	1
igiene urbana veterinaria	programmazione, esecuzione, monitoraggio e rendicontazione della prevenzione del randagismo	F06-26	A06-25	effettuato	12/06/25	26/06/25	nessuna	0	0	0	1
		TOTALE						7	10	17	12

suggerimenti che sono stati inseriti nel modulo “gestione delle segnalazioni” dell’applicativo Santer-HeGos del SGQ. Tale applicativo permette per ogni rilievo, identificato univocamente su scala aziendale, di effettuare il monitoraggio delle attività previste, nonché la rendicontazione degli esiti per attestare la risoluzione del rilievo formulato. A questi rilievi si sono inoltre aggiunti 12 rilievi effettuati come Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ).

1.2.2 L'attività di follow-up

Premesso che l'attività di follow-up riguarda solo i rilievi di IA emersi nel corso degli audit, la seguente tabella mostra:

- i follow-up (7) previsti nel “piano degli audit 2025”;
- che in tutti casi il follow-up è stato effettuato con una verifica sul campo;

struttura	denominazione stp	num verif	id audit anno prec	stato	data effettuazione	tipologia verifica	% esito
gestione acquisti	gestione acquisti di beni e servizi	F01-25	A01-24	effettuato	05/11/24	sul campo	100
servizio farmaceutico	attività deputate ad assicurare agli assistiti l'offerta di assistenza protesica e integrativa governata da ats	F02-25	A02-24	effettuato	03/04/24	sul campo	100
verifica requisiti strutturali e tecnologici strutture erogatrici	verifica sul possesso dei requisiti per le strutture sociali in particolare per le cpe	F03-25	A03-24	effettuato	15/11/24	sul campo	100
impiantistica	partecipazione a commissioni tecniche prefettizie e a conferenze di servizio comunali e provinciali	F04-25	A04-24	effettuato	21/11/24	sul campo	100
distretto veterinario Lecco	controllo ufficiale	F05-25	A05-24	effettuato	18/10/24	sul campo	100
affari generali e legali	gestione del contenzioso interno	F06-25	A06-24	effettuato	19/06/24	sul campo	100
area anziani	analisi, programmazione e governance in area cure domiciliari, cure palliative, anziani, misure, fna, sperimentazioni, continuità di cura e servizi di supporto alla domiciliarità	F07-25	A07-24	effettuato	19/12/24	sul campo	100

- che tutte le verifiche hanno evidenziato il completo superamento dei rilievi a suo tempo formulati.

2 LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI INTERNAL AUDITING

Le attività che saranno svolte dall'IA anche nel 2026 possono essere classificate in due macro tipologie riguardanti rispettivamente:

- gli aspetti organizzativi/di promozione;
- l'attività di verifica cd <Piano degli audit 2026>.

2.1 Attività di carattere organizzativo/ di promozione

Nel corso del 2026 l'IA provvederà a:

- revisionare il “regolamento di Internal Auditing” (ID 02297), in modo da adeguarlo ai <Principi, fondamentali per la professione e la pratica dell’internal auditing>, così come ridefiniti a livello internazionale e in linea con le indicazioni della Funzione Internal Auditing regionale;
- supportare l’attività del Risk Manager nell’implementazione e sviluppo delle tipologie di rischi da analizzare in aderenza alle Linee di riferimento del modello HERM di cui alla DGR 20638 del 21/12/2023 monitorando altresì adeguatamente i rischi presenti nei processi aziendali;
- diffondere la conoscenza tra i dipendenti del ruolo e della funzione dell’IA, partecipando alle iniziative rivolte ai neoassunti;
- partecipare alle iniziative di formazione interaziendale che saranno promosse dalla Funzione Regionale di Internal Auditing;
- promuovere l’individuazione dei processi delle strutture organizzative dell’ATS Brianza che per la loro realizzazione prevedono l’utilizzo di strumenti e/o attrezzature che necessitano di tarature periodiche per assicurare il loro corretto utilizzo e/o di specifici applicativi informatici interni/esterni oppure l’archiviazione e/o l’utilizzazione di “cloud” interni/esterni in modo da specificare quelli nei quali può essere presente un rischio <strumentale> e/o un rischio relativo alla perdita/alterazione e/o uso inappropriato dei dati aziendali.

2.2 Il Piano degli Audit 2026

Rispetto al “Piano degli audit 2026”, sviluppato per processi, si deve specificare che:

A - Obiettivi-degli audit

Gli obiettivi degli audit saranno quelli di:

A. verificare che:

- siano stati definiti i livelli delle responsabilità e delle competenze;
- siano stati individuati i principali pericoli e le problematiche operative/gestionali;
- siano stati conseguentemente individuati, definiti e realizzati i controlli operativi di primo livello (“autocontrolli” e “controlli gestionali”), nonché gli indispensabili indicatori di processo;
- sia stata individuata e tenuta aggiornata e condivisa con gli operatori la normativa “specifica” del processo;

B. valutare:

- che il sistema dei controlli interni sia presente ed attuato;
- la conformità del processo a quanto previsto dalla normativa e/o dalla documentazione aziendale esistente.

B - Periodo di audit

Poiché:

- la fase di programmazione degli audit comporta la necessità di confrontarsi con le Strutture “cantiere” di audit e potrà essere realizzata nei primi 30 giorni del 2026 successivi alla approvazione del presente Piano;

- difficilmente potranno essere programmati audit tra il 15 luglio ed il 15 settembre e dopo il 30 novembre;
- occorre inoltre riservare il mese di dicembre 2026 alla rendicontazione delle attività svolte nel corso dell'anno e alla valutazione dei risultati raggiunti, anche ai fini della pianificazione delle attività per l'anno successivo;

le attività di audit/follow up potranno essere realizzate da aprile e novembre 2026, utilizzando al massimo 6 mesi.

C- Processi e Strutture da auditare

Al fine di individuare i processi da auditare e premesso che si è previsto di coinvolgere tutte le Strutture afferenti alle 4 Direzioni Aziendali, sono stati adottati i seguenti progressivi criteri:

num	criterio
1	considerare tutti i processi/macroattività
2	escludere le macroattività
3	escludere i processi con possibile "conflitto d'interesse" da parte del responsabile di internal auditing;
4	escludere i processi già oggetto di audit negli anni precedenti;
5	escludere i processi delle strutture che sono già state "cantiere di audit di Internal Auditing" negli ultimi 5 anni;
6	escludere i processi delle funzioni aziendali (controlli di secondo livello) e direzioni aziendali
7	escludere i processi classificati dall'anticorruzione come (ricadenti in) "nessuna area"
8	escludere i processi certificati iso o in fase di certificazione
9	escludere i processi che non impattano sul bilancio ats
10	escludere i processi che non sono contemporaneamente significativi per quantità e funzione
11	escludere i processi che sono documentati da una PdP e/o DdP
12	scelta casuale.

L'applicazione dei predetti criteri ha determinato la progressiva individuazione dei processi auditabili così come riportato nelle seguenti tabelle sia a livello di agenzia sia a livello dipartimentale:

num	stp	id dir	dipartimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	539	330	funzioni aziendali	19	8	7	6	6	0	0	0	0	0	0
2	345	360	uffici direzione generale	30	15	4	4	4	4	0	0	0	0	0
3	333	370	farmaceutica	19	15	15	10	4	4	3	3	1	1	0
4	294	380	staff direzione generale	27	14	14	8	4	4	0	0	0	0	0
5	209	500	direzione generale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	202	518	dipartimento programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie	58	23	23	17	8	8	7	6	2	1	0
7	136	524	dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	113	90	90	86	82	82	42	38	18	15	1
8	130	543	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	126	78	78	75	56	56	56	56	32	20	14
9	78	562	dipartimento amministrativo di controllo e degli affari generale e legali	81	66	66	59	29	29	16	15	13	13	11
10	62	567	direzione amministrativa	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	35	571	dipartimento programmazione e integrazione prestazioni sociosanitarie e sociali	61	35	35	28	15	15	12	12	12	12	9
12	6	578	direzione sociosanitaria	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		554	direzione sanitaria	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
		ATS		539	345	333	294	209	202	136	130	78	62	35

Conseguentemente a seguito dell'applicazione dei predetti criteri, saranno auditati i sottoindicati processi:

dipartimento	struttura	processo
farmaceutica	farmaceutica convenzionata	gestione del contenzioso convenzionale relativo alle ricette con irregolarità prescrittive e/o di tariffazione
dipartimento programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie	vigilanza e controllo strutture sociosanitarie	verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio e accreditamento organizzativo gestionali delle strutture sociosanitarie: verifica di vigilanza
dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	salute e ambiente	rilascio contributi per autorizzazioni in materia ambientale ex D.L.vo 152/06
dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	gestione distrettuale iaoo/iapz - Lecco	esecuzione e rendicontazione dei campionamenti
dipartimento amministrativo di controllo e degli affari generale e legali	bilancio programmazione finanziaria e contabilità	gestione assegnazioni vincolate e donazioni
dipartimento programmazione e integrazione prestazioni sociosanitarie e sociali	servizi per la famiglia	governance e gestione delle attività legate alle misure per la famiglia /minori/adolescenti

Nel caso in cui nel corso dell'anno dovesse emergere la necessità di integrare e/o modificare la predetta pianificazione, sarà cura del Responsabile della Funzione di Internal Auditing provvedere all'aggiornamento della predetta pianificazione, in accordo con quanto definito dal "Regolamento di Internal Auditing" (ID 02297) approvato con decreto del Direttore Generale num. 439 del 21 novembre 2023.

Nel corso del 2026 saranno inoltre effettuati anche i seguenti (num 5) follow-up:

struttura	denominazione stp	num verif	id audit anno prec
flussi finanziari	predisposizione documentazione verifica di cassa trimestrale	F01-26	A01-25
vigilanza farmaceutica	vigilanza sulle strutture dispensatrici di farmaci	F02-26	A02-25
vigilanza strutture sociali e sperimentazioni	verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio delle strutture sociali	F04-26	A04-25
dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali	gestione di fondi e contributi	F05-26	A05-25
Igiene urbana veterinaria	prevenzione randagismo	F06-26	A06-25