



# PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

2021-2023

(adottato ai sensi dell'art. 1, comma 5, lett. a) della L. 6 novembre  
2012, n. 190)

## Sommario

ACRONIMI e DEFINIZIONI .....	4
1.      PREMESSA .....	9
2.      SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA' .....	11
3.      OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA .....	20
4.      ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E <i>PERFORMANCE</i> .....	22
5.      IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO .....	23
5.1 ANALISI DEL CONTESTO .....	27
5.1.1 Analisi del contesto esterno .....	27
5.1.2 Analisi del contesto interno .....	43
5.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO .....	51
5.2.1 Identificazione del rischio .....	51
5.2.2 Analisi e misurazione del rischio .....	52
5.3      LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO .....	57
5.4      IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO .....	57
5.4.1 Identificazione delle misure .....	57
5.4.2 Programmazione delle misure .....	59
5.5 MONITORAGGIO E RIESAME DEL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO .....	63
5.6 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE .....	64
6.      MISURE GENERALI .....	65
6.1 CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS .....	65
6.2 MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI .....	66
6.3 AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI EX ART 53 D.LGS. N. 165/2001 E S.M.I. E 58, CO.4 CCNL 21.02.2002 .....	67
6.3.1 La normativa di riferimento .....	67
6.3.2 Le procedure adottate .....	68
6.3.3 Verifica e monitoraggio delle procedure .....	68



6.4	INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI.....	70
6.4.1	Incompatibilità.....	71
6.4.2	Inconferibilità.....	71
6.4.3	Rimedi .....	72
6.5	ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO (PANTOUFLAGE) 73	
6.6	FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE DEGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.....	74
6.7	ROTAZIONE DEL PERSONALE.....	76
6.8	TUTELA DEL WHISTLEBLOWER.....	80
6.9	FORMAZIONE .....	83
6.10	PATTI DI INTEGRITÀ E RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE 85	
7.	LA TRASPARENZA.....	86
7.1	La sezione “Amministrazione Trasparente” .....	86
7.2	Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili .....	88
7.3.	Bilanciamento tra Trasparenza e Privacy.....	93
7.4	Accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato .....	93
8	MONITORAGGIO E CONTROLLI.....	94
9	DISPOSIZIONI FINALI.....	95

## ACRONIMI e DEFINIZIONI

### ACRONIMI

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ANAC	Autorità Nazionale per l'Anticorruzione
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
CDA	Consiglio di Amministrazione
CDR	Collegio dei Revisori
DFP	Dipartimento Funzione Pubblica
EPR	Enti Pubblici di Ricerca
ISS	Istituto Superiore di Sanità
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione delle Prestazioni
OO.SS.	Organizzazioni Sindacali
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTA	Piano Triennale di Attività
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
ROF	Regolamento di Organizzazione e Funzionamento
RPCT	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
RPD	Responsabile della Protezione dei Dati
SNA	Scuola Nazionale dell'Amministrazione
SSN	Servizio Sanitario Nazionale



## DEFINIZIONI

Contesto esterno	Insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale, che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca
Contesto interno	Organizzazione interna e gestione operativa di una organizzazione
Evento corruttivo	Insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente
Mappatura dei processi	Individuazione ed analisi dei processi organizzativi
Pantouflage	Divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.
Patto di integrità	Accordi tra una stazione appaltante e i fornitori che partecipano ad una gara o ad una qualunque procedura di affidamento. Le parti si impegnano reciprocamente a conformare i loro comportamenti alla lealtà, trasparenza e correttezza.
Rischio corruttivo	possibilità che si verifichi un evento corruttivo
Rischio corruttivo Inerente	Entità del rischio di un evento corruttivo prima dell'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli. Le due dimensioni del rischio inerente sono: a) Probabilità: eventualità che il rischio si verifichi b) Impatto: Conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio
Rischio corruttivo Residuo	Entità del rischio corruttivo dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.



Stakeholder	soggetti, individui od organizzazioni, il cui interesse è negativamente o positivamente influenzato dal risultato della attività di una organizzazione (in questo documento l'ISS)
Whistleblower	chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza.
Whistleblowing	procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il <i>whistleblower</i> .



## QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Legge 6 novembre 2012 n. 190	Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione.
Regolamento UE 2016/679	protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
Decreto legislativo numero 33 del 2013	Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 39 del 2013	Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Decreto legislativo numero 97 del 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 decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 165 del 2001	Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 150 del 2009	Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di



	efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 75 del 2017	Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto del Ministero della Salute 02/03/2016	Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto superiore di sanità, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106





# PARTE PRIMA

## 1. PREMESSA

Il presente Piano è redatto in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione*” ed in conformità a quanto previsto nei Piani Nazionali Anticorruzione che si sono susseguiti dal 2013 ad oggi.

Dal 2013 al 2018 sono stati adottati dall’ANAC due PNA e tre aggiornamenti al PNA e da ultimo, con delibera 1064 del 13 novembre 2019, il PNA 2019.

Se la Legge 190/2012 stabilisce i principi generali, i PNA hanno costituito negli anni atti di indirizzo per l’applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Attraverso i PNA l’Autorità coordina l’attuazione delle strategie ai fini della prevenzione e del contrasto alla corruzione e alla illegalità nella pubblica amministrazione.

La legge 190/2012 prevede che entro il 31 gennaio di ogni anno l’organo di indirizzo politico di ogni amministrazione adotti, su proposta dell’RPCT, un PTPCT contenente l’indicazione delle azioni e delle misure di contrasto al rischio corruttivo.<sup>1</sup>

Il presente documento costituisce, come negli anni passati, l’aggiornamento annuale al PTPCT dell’ISS e lo strumento di pianificazione del sistema di prevenzione della corruzione per il triennio 2021-2023.

In linea con quanto indicato dall’ANAC nel PNA 2016, comprende una specifica sezione dedicata alla Trasparenza.

---

<sup>1</sup> Con comunicato del Presidente della Autorità Nazionale Anticorruzione del 7 dicembre 2020, è stato differito il termine di scadenza per la predisposizione e pubblicazione del piano al 31 marzo 2021, in ragione della emergenza sanitaria da Covid 19.



Presenta, come principale elemento di novità, l'aver realizzato, come già anticipato nel Piano precedente, uno strumento informatico a disposizione dei Referenti Anticorruzione, per consentire loro di analizzare in tempo reale l'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo relativo alla propria Struttura, e del RPCT per verificare lo stato di effettiva applicazione delle misure di contenimento individuando tempestivamente, quando necessario, gli eventuali interventi correttivi.

Il programma, disponibile sulla sezione *intranet* dell'ISS, è molto intuitivo nel suo utilizzo, questo lo rende di innegabile utilità sia per gli operatori incaricati di seguire la materia dell'anticorruzione all'interno delle Strutture, sia per il medesimo RPCT e la sua Struttura di Supporto, nella loro funzione di controllo.

È stato realizzato totalmente attraverso l'utilizzo delle competenze interne dell'Ente, senza oneri economici a carico della Amministrazione e con il coinvolgimento del competente Settore Informatico, che ne ha consentito la materiale realizzazione.

Con l'utilizzo del citato strumento, che andrà a pieno regime nel corso dell'anno 2021, potrà dirsi ultimata, in forma dinamica e partecipativa da parte delle Strutture ISS, l'analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo all'interno dell'Istituto Superiore di Sanità.

Ed infatti:

- ultimata l'analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo dell'ISS con la definitiva e dettagliata mappatura dei processi e la relativa articolazione in fasi e la conseguente individuazione dei potenziali rischi corruttivi rinvenibili nelle singole fasi
- applicato lo strumento di misurazione presentato nel PTPCT 2019-2021
- individuate idonee misure di contenimento e di sistemi di monitoraggio

è possibile, attraverso le funzionalità della piattaforma, dare specifico impulso alle fasi di monitoraggio e riesame, proprio con l'intento di "chiudere" e completare il processo di gestione del rischio.



Il monitoraggio, attraverso il *database* di cui si è detto permetterà un primo livello di analisi in capo alla Struttura che è chiamata ad adottare la misura e può essere attuato in autovalutazione da parte dei Referenti.

## **2. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'**

La deliberazione n. 9 allegata al verbale n.40 della seduta del Consiglio di Amministrazione del 18.06.2020 non ha determinato variazioni in merito all'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione che svolge, in conformità al disposto normativo di cui all'art.43 del d.lgs n. 33/2013 anche le funzioni di Responsabile della Trasparenza.

L'incarico di RPCT al Dott. Maurizio Pasquali è stato è stato prorogato per la durata di ulteriori tre anni, fatta salva la risoluzione del rapporto di lavoro per collocamento a riposo per raggiunti limiti di età.

Il Dott. Pasquali, come previsto nel PNA, è stato scelto tra i dirigenti, non assegnati ad uffici che svolgono attività nei settori con più elevato rischio corruttivo, ma con profonda conoscenza della struttura organizzativa dell'Ente.

È indispensabile infatti che il RPCT abbia conoscenza dei processi decisionali al fine di poter svolgere una appropriata ed effettiva analisi e valutazione del rischio e di individuare misure di prevenzione proporzionate e contestualizzate rispetto alle caratteristiche organizzative dell'Ente.

A scadenza dell'incarico di RPCT del dott. Pasquali il nuovo RPCT sarà individuato di norma, secondo quanto stabilisce l'art.1., co.7, L.190/2012, dall'organo di indirizzo tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Nonostante la disciplina vigente assegni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza un importante ruolo di



coordinamento del processo di gestione del rischio, al fine di rendere efficace l'intero sistema di prevenzione, tutti gli altri soggetti dell'amministrazione mantengono, ciascuno, il proprio personale livello di responsabilità in base ai compiti effettivamente svolti.

Coerentemente con quanto indicato dall'ANAC i soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione dell'ISS sono rappresentati nello schema seguente:



A ciascuno competono compiti particolari e ben definiti, sinteticamente riportati come di seguito:

*Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza:*

- ✓ coincide con il Responsabile della Trasparenza, in linea con le recenti modifiche normative, e ne svolge conseguentemente le funzioni (art. 43 d.lgs. n. 33 del 2013).



- ✓ predispone il PTPCT e lo sottopone all'Organo di Indirizzo Politico per la necessaria approvazione;
- ✓ definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- ✓ individua il personale da inserire nei programmi di formazione generale sui temi dell'etica e della legalità;
- ✓ verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano;
- ✓ verifica, d'intesa con i dirigenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio corruttivo;
- ✓ svolge gli altri compiti di cui alla circolare DFP n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art. 1 Legge n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013);
- ✓ elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, Legge n. 190/ 2012) e cura i rapporti con l'O.I.V. a cui trasmette la citata relazione sulle attività svolte;
- ✓ Segnala all'OIV le "disfunzioni" inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- ✓ Si occupa dei casi di riesame dell'accesso civico nei casi di diniego totale o parziale o di mancata risposta entro i termini;

*Organi di indirizzo politico – Presidente e Consiglio di Amministrazione:*

- ✓ definiscono obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ✓ nominano il RPCT e creano le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia nello svolgimento della sua attività;
- ✓ assicurano al RPCT un supporto concreto garantendo la disponibilità di risorse umane e professionali adeguate al fine di garantire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- ✓ promuovono una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione incentivando l'attuazione di percorsi formativi che coinvolgano l'intero personale;
- ✓ adottano il PTPCT ed i suoi aggiornamenti;
- ✓ adottano tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.



### I Referenti per la Prevenzione della Corruzione:

I Referenti per la Prevenzione della Corruzione sono individuati nelle persone dei Direttori di Dipartimento, Centro Nazionale, Servizio, Centro di Riferimento, Responsabile dell'Organismo Notificato, Dirigenti Amministrativi di II fascia e Responsabili delle Strutture di Supporto alla Presidenza e Direzione Generale.

Nella tabella sottostante, l'elenco dei **Referenti per la prevenzione della corruzione:**

DIPARTIMENTI	REFERENTI
Dipartimento Ambiente e Salute	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento	Dott. Graziano ONDER
Dipartimento Malattie Infettive	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Dipartimento Neuroscienze	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Dipartimento Oncologia e Medicina Molecolare	Dott. Mauro BIFFONI
Dipartimento Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria	Dott. Umberto AGRIMI

CENTRI NAZIONALI	REFERENTI
Centro Nazionale Controllo e Valutazione dei Farmaci	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Centro Nazionale Dipendenze e Doping	Dott.ssa Roberta PACIFICI
Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure	Dott. Primiano IANNONE
Centro Nazionale Health Technology Assessment	Dott. Marco MARCHETTI
Centro Nazionale Malattie Rare	Dott.ssa Domenica TARUSCIO



Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Centro Nazionale Protezione Radiazioni e Fisica Computazionale	Dott. Francesco BOCHICCHIO
Centro Nazionale Ricerca, Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci	Dott.ssa Patrizia POPOLI
Centro Nazionale Ricerca su HIV/AIDS	Dott.ssa Barbara ENSOLI
Centro Nazionale Salute Globale	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore	Dott.ssa Rosa DRAISCI
Centro Nazionale Sperimentazione e Benessere Animale	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Centro Nazionale Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica	Dott. Mauro GRIGIONI
Centro Nazionale Telemedicina e Nuove Tecnologie Assistenziali	Dott. Francesco GABBRIELLI
Centro Nazionale Sangue	Dott. Vincenzo DE ANGELIS
Centro Nazionale Trapianti	Dott. Massimo CARDILLO

SERVIZI TECNICO-SCIENTIFICI	REFERENTI
Servizio Tecnico Scientifico di Coordinamento e Supporto alla Ricerca	Dott.ssa Luisa MINGHETTI
Servizio Tecnico Scientifico Grandi Strumentazioni e Core Facilities	Dott. Marco CRESCENZI
Servizio Tecnico Scientifico Grant Office e Trasferimento Tecnologico	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Servizio Tecnico Scientifico di Statistica	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Servizio Tecnico Scientifico Biologico	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI



<b>CENTRI DI RIFERIMENTO</b>	<b>REFERENTI</b>
Centro di Riferimento Medicina di Genere	Dott.ssa Alessandra CARE'
Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale	Dott.ssa Gemma CALAMANDREI

<b>ORGANISMO NOTIFICATO</b>	<b>REFERENTI</b>
Organismo Notificato 0373	Dott.ssa Roberta MARCOALDI

<b>UFFICI Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche</b>	<b>REFERENTI</b>
Ufficio I RUE - Bilancio, Ragioneria e Affari Fiscali, Trattamento Economico del Personale	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Ufficio II RUE - Trattamento Giuridico del Personale a Tempo Indeterminato e Determinato e Relazioni Sindacali	Dott. Marco DES DORIDES
Ufficio III RUE - Reclutamento, Borse di Studio e Formazione	Dott. Stefano DI MATTEO
Ufficio IV RUE - Contratti	Dott. Alessandro VALENTE
Ufficio V RUE - Progetti e Convenzioni	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia ( <i>Interim</i> )
<b>UFFICI Direzione Centrale Affari Generali</b>	<b>REFERENTI</b>
Ufficio I AG - Affari Generali	COINCIDE CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA O SUO FACENTE FUNZIONI
Ufficio II AG - Contenzioso del Lavoro e Procedimenti Disciplinari. Applicazione Normativa Anticorruzione e Trasparenza	Dott. Antonio CALIENDO





<b>STRUTTURE A SUPPORTO DELLA PRESIDENZA</b>	<b>REFERENTI</b>
Servizio Formazione	Dott. Alfonso MAZZACCARA
Servizio Conoscenza	Dott.ssa Paola DE CASTRO
Servizio Comunicazione Scientifica	Dott.ssa Paola DE CASTRO
Servizio Relazioni Esterne e Centro Rapporti Internazionali	Dott. Luca ROSI
Unità di Bioetica	Dott. Carlo PETRINI
Ufficio Stampa	Dott.ssa Anna Mirella TARANTO

<b>UFFICI DIREZIONE GENERALE</b>	<b>REFERENTI</b>
Ufficio Affari Istituzionali e Giuridici	Dott.ssa Claudia MASTROCOLA
Ufficio Logistica, Progettazioni e Manutenzioni	Dott. Giovanni CARABOTTA
<b>STRUTTURE A SUPPORTO DELLA DIREZIONE GENERALE</b>	<b>REFERENTI</b>
Servizio di Sorveglianza e Controllo Accessi	Sig. Marco CINQUE
Servizio di Prevenzione e Protezione dei Lavoratori	Dott. Eugenio SORRENTINO
Servizio di Informatica	Dott. Corrado DI BENEDETTO
Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione	Dott.ssa Patrizia TANCREDI
Struttura Stabile a Supporto dei RUP	In attesa di nomina

I compiti e le funzioni ordinariamente attribuiti e svolti dai Referenti sono di:

- ✓ partecipare attivamente al processo di gestione del rischio coordinandosi opportunamente con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- ✓ curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione dei dipendenti assegnati alla propria struttura sulla materia;
- ✓ assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel presente PTPCT ed operare affinché vi



siano le condizioni per l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale;

- ✓ assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;
- ✓ tener conto, in sede di valutazione della *performance* del reale contributo apportato dai propri dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

#### L'Organismo Indipendente di Valutazione:

L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della *performance* e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Le funzioni già affidate agli OIV dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012 che ha chiarito ed ampliato l'intervento dell'OIV nella strategia di prevenzione della corruzione.

L'OIV infatti:

- ✓ verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza ove stabiliti;
- ✓ esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, co.5, d.lgs. 165/2001.
- ✓ verifica la coerenza tra gli obiettivi di *performance* e gli obiettivi di trasparenza;
- ✓ riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ✓ attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

#### Il Collegio dei Revisori dei Conti:

Il Ruolo del CDR nel sistema di anticorruzione appare non secondario. Tale organismo infatti, all'interno di ciascuna amministrazione, e dunque anche presso l'ISS, presiede non solo ai controlli e verifiche sugli atti strettamente di natura "contabile-finanziaria" ma più in generale costituisce un ambito di verifica circa la correttezza dell'attività amministrativa.



### La Struttura di Supporto al RPCT:

Recependo le raccomandazioni del PNA in data 22 maggio 2017 è stata istituita, senza oneri per l'ISS, la Struttura di Supporto al RPCT individuandone i membri nel personale già in forza presso la Direzione Centrale degli Affari Generali. La Struttura di Supporto ha operato efficacemente e se ne conferma la validità nel compito di supportare l'RPCT nell'espletamento delle sue mansioni.

### Tutti i dipendenti dell'amministrazione:

E' necessaria un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'Ente.

Il personale dell'Ente è tenuto a:

- ✓ partecipare al processo di riduzione del rischio;
- ✓ osservare le misure contenute nel PTPCT;
- ✓ segnalare le situazioni di illecito.

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel presente Piano costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art.1, co 14)

### I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- ✓ osservano le misure contenute nel PTPCT;
- ✓ segnalano le situazioni di illecito.

### Il Responsabile della Protezione dei Dati:

Il Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39) ha introdotto nelle Amministrazioni la figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Tale figura costituisce una figura di riferimento per l'RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano la protezione dei dati personali e trasparenza.

Tale incarico è stata affidato alla Scudo Privacy S.r.l.- Dott Carlo Villanacci

### Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA).

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata, nella persona del Dirigente dell'Ufficio IV – Contratti della



Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche, la figura di RASA.

*Il Responsabile del Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione:*

Recependo le raccomandazioni del PNA il Responsabile del Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione assicura:

- coerenza tra Piano della *Performance* e PTPCT
- che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza.

### **3. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

La Legge 190/2012 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) stabilisce che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione costituiscano contenuto necessario del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Il PNA 2019 ribadisce tale necessità al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

Tenuto conto di quanto sopra indicato, alla luce dei risultati conseguiti, e nell'ottica del costante miglioramento della strategia di prevenzione della corruzione, si ritiene di individuare gli obiettivi strategici anticorruzione e trasparenza di seguito indicati:

Obiettivo n.1

**Titolo:** Anticorruzione. Piattaforma Informatica di gestione dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo

**Descrizione** Messa a regime dell'applicativo che consente ai Responsabili delle Strutture di rendicontare/autocertificare il comportamento avuto nei confronti delle misure di contenimento del rischio corruttivo.

IL RPCT, in qualità di amministratore della piattaforma, potendo seguire in tempo reale l'avanzamento nella compilazione dei dati da parte delle strutture coinvolte, potrà, come previsto dalla normativa, da una parte monitorare costantemente l'attuazione delle misure, dall'altra



riesaminare ad intervalli programmati il funzionamento del sistema nel suo complesso

**Durata:** annuale

#### Obiettivo n. 2

**Titolo:** Anticorruzione. Programma di formazione generale e specifica

**Descrizione:** Stipula di una convenzione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione per la gestione di una formazione mirata al personale dell'ISS favorendo la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione.

**Durata:** annuale

#### Obiettivo n. 3

**Titolo:** Anticorruzione. Programma di Consultazione / Comunicazione

**Descrizione:** Secondo il principio guida della "responsabilità diffusa" implementazione delle attività di comunicazione interna tra il RPCT e gli altri soggetti coinvolti nel ciclo di gestione del rischio corruttivo. L'oggetto delle comunicazioni saranno le azioni intraprese e da intraprendere, i compiti e le responsabilità di ciascuno e i risultati attesi.

**Durata:** annuale

#### Obiettivo n. 4

**Titolo:** Anticorruzione. Rotazione del Personale

**Descrizione:** In conformità a quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione che prevede la rotazione del personale operante nei settori maggiormente esposti al rischio corruttivo, avvio della fase operativa relativa alla rotazione ordinaria del personale. La rotazione deve essere intesa anche e soprattutto come criterio organizzativo che può accrescere le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

**Durata:** biennale

#### Obiettivo n. 5

**Titolo:** Trasparenza. Monitoraggio mensile livelli di trasparenza.

**Descrizione:** Monitoraggio continuo della sezione Amministrazione Trasparente sul sito istituzionale e redazione di un report mensile sui dati mancanti.



E' essenziale che i documenti, le informazioni ed i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 33/2013 siano resi disponibili tempestivamente dalle strutture organizzative, secondo le previsioni del Piano, e pubblicati a cura del Responsabile Pubblicazione Dati.

Il monitoraggio mensile consentirà la verifica costante del puntuale rispetto della norma evitando inutili istanze di accesso civico.

**Durata:** annuale

#### 4. ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PERFORMANCE

L'art. 41, c. 1, lett. h), del d.lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa al collegamento, introducendo, nell'art. 1 della legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale l'OIV verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla *Performance*, che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il PNA, il D. Lgs. n. 33/2013 ed il il D. Lgs. n. 75/17 definiscono anche il rapporto fra *performance* e misure di trasparenza.

Una conferma ulteriore di tale indispensabile misura è contenuta nel D. Lgs. n. 33/2013, che all'art. 10 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*». Eventuali inadempimenti relativi agli obblighi di anticorruzione e trasparenza sono «*elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale*», nonché «*eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione*».

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione e la promozione della trasparenza devono costituire obiettivi strategici ai quali assegnare un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della *performance*.



Le amministrazioni sono tenute quindi ad includere nei Piani della *Performance*, come obiettivi, le attività di programmazione da porre in essere per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT.

Il Piano della *Performance* 2021-2023 ha attuato tale previsione, con la individuazione di un obiettivo operativo denominato “*rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto alla corruzione*”, al quale si lega l'indicatore consistente nell'incremento delle azioni per la gestione del rischio corruttivo e più nello specifico “*Realizzazione e piena attuazione della Piattaforma Informatica di gestione dell'intero ciclo corruttivo*”.

## **5. IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO**

Il processo di gestione del rischio corruttivo ha come sue principali finalità quella di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'operato di un'Amministrazione e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Le fasi di analisi riguardanti la mappatura dei processi e l'individuazione e valutazione dei rischi corruttivi consentono, accrescendo la conoscenza dell'Amministrazione in cui si opera, di migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Sviluppandosi in maniera ciclica, in ogni sua ripartenza, il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente utilizzando l'esperienza accumulata ed adattandosi ad eventuali variazioni intervenute nel contesto interno ed esterno.

Proprio nell'ottica di una logica sequenziale e ciclica che favorisca il continuo miglioramento è stata pensata e realizzata la Piattaforma Informatica per la gestione del ciclo di gestione del rischio corruttivo in ISS.

La Piattaforma è da considerarsi come l'aspetto più innovativo presentato in questo aggiornamento di PTPCT.

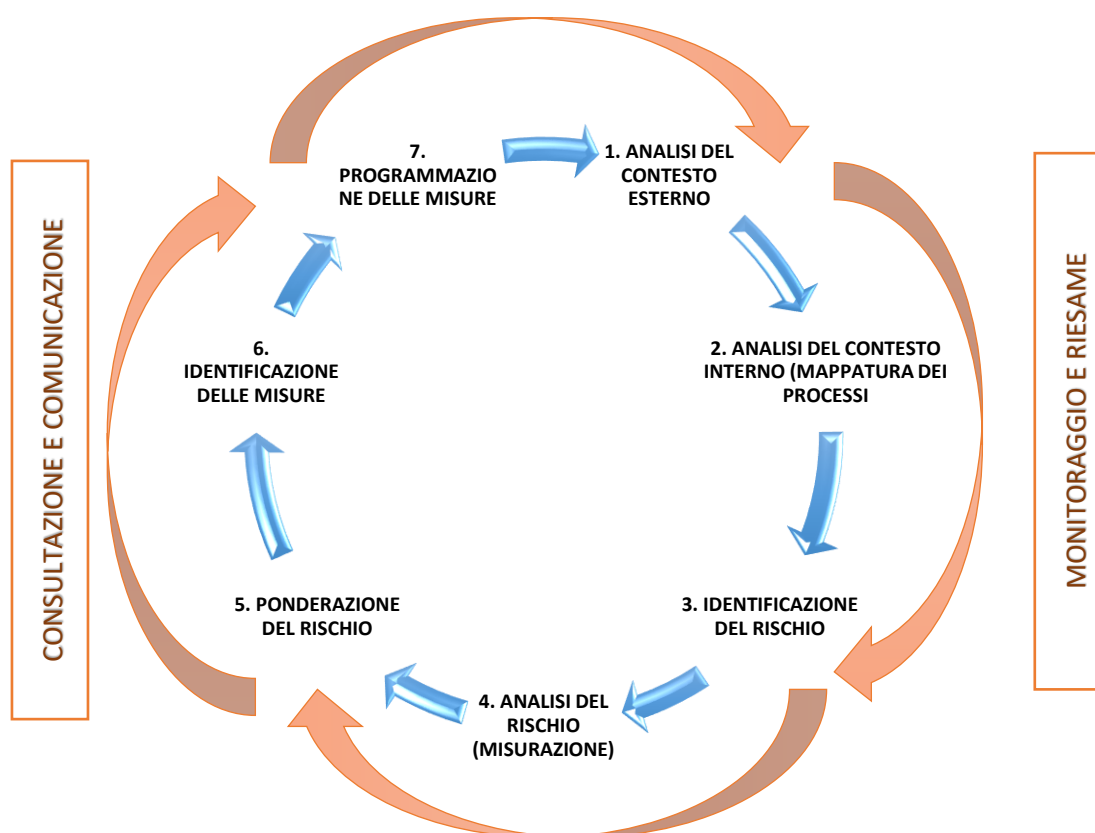


Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo alcune fasi centrali del sistema quali l'analisi del contesto, la valutazione del rischio ed il trattamento del rischio a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame.

I dati relativi all'intero Processo di Gestione del Rischio Corruttivo delle Strutture Scientifiche ed Amministrative dell'ISS sono stati inseriti nella innovativa Piattaforma Informatica di cui si è anticipato in premessa e presentati nell'**ALLEGATO 2** al presente Piano.

*Le fasi del ciclo di gestione del rischio corruttivo:*

#### PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO





## *La Piattaforma Informatica di gestione degli adempimenti del Processo di gestione del Rischio Corruttivo:*

Al fine di dare rapida e piena attuazione al dettato normativo, evitando inutili appesantimenti di lavoro nelle Strutture e rispettando un principio generale di dematerializzazione dell'azione amministrativa, si è valutata la possibilità che la gestione del ciclo di analisi potesse avvenire mediante la creazione di una **Piattaforma Informatica**, adeguata in termini di fruibilità e sicurezza, sulla quale inserire i dati già raccolti dalle Strutture relativi all'intero *processo di gestione del rischio corruttivo* ed avviare la fase di monitoraggio dell'applicazione delle misure di contenimento.

Con il prezioso contributo del Settore Informatico dell'ISS e della Struttura di Supporto al RPCT è stato messo a punto, in house e senza oneri per l'ISS, un applicativo che sta consentendo ai Responsabili delle Strutture di confermare/aggiornare i propri dati sul ciclo di gestione del rischio nel suo complesso e, contemporaneamente, rendicontare il comportamento nei confronti delle misure di contenimento nei propri processi.

La piattaforma, completamente integrata nel portale *intranet* aziendale, rispetta le linee guida dell'Agenzia per l'Italia digitale in tema di servizi digitali per le PA.

I permessi di accesso alla piattaforma sono stati rilasciati ai Referenti Anticorruzione, che, una volta fatto il primo *Login*, possono, attraverso una semplice procedura, autorizzare all'inserimento dati anche un proprio delegato.

Ovviamente, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (amministratore della piattaforma) può seguire in tempo reale l'avanzamento nella compilazione dei dati da parte delle Strutture coinvolte, e può, come previsto dalla normativa, monitorare costantemente l'attuazione delle misure, riesaminando ad intervalli programmati il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Nella fase di avvio sono programmate sessioni trimestrali di aggiornamento e/o raccolta dati che verranno inizializzate, notificate ai Responsabili delle Strutture ed infine chiuse alla scadenza del periodo stabilito.



A sessione chiusa, i dati saranno archiviati in un *database* parallelo al fine di mantenere una storicizzazione e produrre dei *report* per la stampa. La piattaforma è stata già resa disponibile alle Strutture in fase di test e sarà portata a regime nell'arco del triennio.

La piattaforma, configurandosi come la prima banca dati sull'anticorruzione, costituisce una risorsa importantissima per l'ISS.

### *Coinvolgimento delle Strutture nel Processo di gestione del rischio corruttivo*

Nel corso degli ultimi anni si è data priorità al fondamentale sviluppo (a tutti i livelli organizzativi) di una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. La gestione del rischio corruttivo non riguarda infatti solo il RPCT ma l'intera struttura.

Si è assistito ad una piena e fattiva collaborazione dei Responsabili delle Strutture e dei loro collaboratori.

L'efficacia del sistema messo in atto è dipeso proprio da questo nuovo clima di collaborazione. Dovendo infatti il sistema tendere ad una effettiva riduzione del rischio corruttivo non deve essere attuato in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento burocratico, ma calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno e considerato come parte integrante del processo di gestione dell'Ente.

### *Presentazione degli Allegati del presente PTPCT:*

Gli allegati al presente PTPCT, parti integranti di esso, ne costituiscono a tutti gli effetti il vero elemento di analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo. Nello specifico:

- **Allegato 1:** Contiene l'analisi delle Strutture di Supporto alla Presidenza e Direzione Generale fino alla individuazione delle misure di contenimento.
- **Allegato 2:** Contiene l'analisi delle Strutture Scientifiche ed Amministrative fino alle fasi di monitoraggio e riesame delle misure di contenimento.



## **5.1 ANALISI DEL CONTESTO**

La prima fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto sia esterno che interno. Attraverso questo tipo di analisi è possibile comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi, all'interno dell'Ente, in relazione alla specificità dell'ambiente in cui opera, inteso come territorio, dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Solo con questo tipo di analisi è possibile elaborare un PTPCT contestualizzato.

### **5.1.1 Analisi del contesto esterno**

Il contesto esterno è costituito dall'insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale, che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca.<sup>2</sup>

Per contesto esterno può intendersi nella specificità dell'ISS l'ambiente nel quale l'Ente opera, sia inteso come ambiente geografico, economico, politico, sociale, normativo, sia inteso come settore di attività specifica.

A tale specifico proposito, tenuto conto della estrema eterogeneità dei soggetti con i quali le Strutture dell'ISS operano quotidianamente nello svolgimento dell'attività istituzionale, Era stata avviata già nel 2019 una analisi del contesto esterno che aveva visto coinvolte direttamente le diverse Strutture dell'ISS.

Da questa analisi, i cui risultati sono stati presentati nel PTPCT 2020/2022, e riportati nell'elenco che segue, è emerso un quadro molto interessante per il numero e l'eterogeneità dei soggetti con i quali le strutture dell'ISS si relazionano.

---

<sup>2</sup> Fonte Pubblica amministrazione di qualità – DFP

Il dato rappresenta uno specifico momento temporale di una realtà in continua mutazione. Se infatti da una parte si assiste alla presenza costante di alcune categorie di stakeholder (ministeri o università ad esempio) stabilmente in relazione con l'ISS, dall'altra, per la naturale caratteristica di temporaneità della ricerca, si assiste all'avvicinarsi di rapporti di collaborazione con uno o altro soggetto esterno in relazione alle mutevoli priorità in campo della salute pubblica ( ad esempio vedasi la gestione della pandemia da Sars-CoV-2, che ha visto tra gli interlocutori privilegiati dell'ISS la Protezione Civile).

Con questa consapevolezza, pur rappresentando nell'elenco che segue l'analisi del contesto esterno a suo tempo effettuata, si ritiene di avviare entro il primo semestre del 2021 un aggiornamento dell'analisi.

Si provvederà infatti a richiedere alle Strutture dell'ISS la compilazione di una scheda di rilevazione dati di analisi del contesto esterno.

Nella scheda si dovrà dare conto dei soggetti esterni portatori di interesse (*stakeholder*), suddivisi tra le seguenti categorie:

- SOGGETTI PUBBLICI NAZIONALI
- SOGGETTI PUBBLICI INTERNAZIONALI
- SOGGETTI PRIVATI NAZIONALI ED ESTERI
- ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA/CONSUMATORI

Di seguito il prototipo della scheda rilevazione dati:



#### ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

STRUTTURA:

RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

ANALISI:

Indicare i soggetti esterni, portatori di interesse (stakeholder) con i quali ci si relaziona nello svolgimento della propria attività istituzionale

SOGGETTI PUBBLICI NAZIONALI

SOGGETTI PUBBLICI INTERNAZIONALI

SOGGETTI PRIVATI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA/CONSUMATORI

Di seguito i risultati dell'indagine riportata nel PTPCT 2020-22:

---

#### **SOGGETTI PUBBLICI NAZIONALI:**

---

#### **UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE**

1. Ministero della Salute
2. Ministero delle Economie e delle Finanze
3. Ministeri vari
4. Corte dei Conti
5. Banca d'Italia
6. Regioni

7. Comuni
8. ASL
9. AIFA
10. Istituti Zooprofilattici
11. Aziende Ospedaliere
12. IRCS
13. ARPA
14. Enti di Ricerca
15. Università
16. Enti previdenziali
17. Agenzie Fiscali

#### **CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA DI GENERE**

1. Università degli Studi di Roma Tor Vergata
2. Azienda Policlinico Umberto I, Roma
3. Università La Sapienza, Roma
4. Ospedale Nuovo Regina Margherita
5. IFO-Istituto Regina Elena
6. IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano
7. Università di Palermo
8. Università Foro Italico, Roma
9. Università degli Studi di Padova
10. Università degli Studi di Roma Tre
11. Università di Teramo
12. Ospedale "A. Murri" Fermo
13. CNR Pisa
14. Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna
15. CNR Roma
16. Università degli Studi di Bologna

#### **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**

1. Ministeri
2. Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano
3. Centri regionali/interregionali per i trapianti
4. Centri per i trapianti
5. Coordinamenti locali
6. Aziende Ospedaliere
7. ASL
8. AIFA
9. IRCS
10. Enti di Ricerca
11. Istituti dei tessuti



12. Organizzazioni per l'approvvigionamento delle cellule staminali emopoietiche
13. Università
14. Procura della Repubblica/NAS
15. Comuni

#### **CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE**

1. Agenzia Nazionale per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS)
2. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
3. Regione Piemonte
4. Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)
5. Istituto Nazionale, salute, migrazioni e povertà (INMP)
6. Ministero della Salute
7. ULSS2 Marca Trevigiana – Regione
8. ASL RM2 – Regione Lazio
9. Regione Lazio – Dipartimento di Epidemiologia del SSR
10. Regione Sicilia – Dipartimento di Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE)
11. Università di Foggia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
12. CIBIO Università di Trento
13. Università Cattolica Sacro Cuore, Roma
14. Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”
15. Università degli Studi di Napoli “Federico II”
16. Università La Sapienza Roma
17. Università degli Studi di Milano
18. Istituto Tumori Regina Elena, Roma
19. Policlinico Umberto I, Roma
20. Ospedale Sant'Andrea, Roma
21. Policlinico Tor Vergata, Roma
22. Presidio ospedaliero San Camillo Forlanini, Roma
23. Ospedale Sani Filippo Neri, Roma
24. Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia
25. Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna
26. Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana

#### **CENTRO NAZIONALE SANGUE**

1. Ministeri
2. Regioni
3. ASL
4. AIFA
5. Aziende Ospedaliere
6. IRCS
7. Strutture della Rete Trasfusionale



8. Enti di Ricerca
9. Università
10. Autorità Giudiziarie Competenti
11. AGCM

#### **CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING**

1. Ministero della Salute
2. Dipartimento delle Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio
3. Università la Sapienza – Istituto di Medicina Legale
4. ASL
5. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM)
6. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
7. MIUR
8. Università Politecnica delle Marche – Istituto di Medicina Legale

#### **SERVIZIO BIOLOGICO**

1. AIFA
2. Ministero della Salute
3. Ministero Affari Esteri
4. Ministero Ambiente
5. Magistratura
6. NAS
7. Guardia di Finanza
8. INAIL
9. Ospedali
10. Università ed Enti di Ricerca
11. Ondico/ISS

#### **SERVIZIO GRANDI STRUMENTAZIONI E CORE FACILITIES**

1. Università La Sapienza, Roma
2. Università di Tor Vergata, Roma

#### **CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)**

1. Ministero della Salute
2. Ministero dello Sviluppo Economico
3. Ministero dell'Ambiente del Territorio e del Mare
4. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
5. Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale





6. Ministero dell'Interno
7. Ministero dell'Agricoltura
8. Università La Sapienza di Roma
9. Università degli Studi di Padova
10. Università Aldo Moro di Bari
11. Università Federico II di Napoli
12. Conferenza delle Regioni
13. ARPA e Agenzie regionali
14. Laboratori di sanità pubblica
15. ASL
16. Comando Carabinieri per la Tutela della Salute – Nucleo Antisofisticazioni e Sanità
17. Guardia di Finanza
18. Procura della Repubblica
19. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli
20. ISPRA
21. INAIL
22. CREA

#### **CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS**

1. Ministero della Salute
2. Ministero Università e Ricerca
3. Ministero degli Esteri
4. Ministero dell'Interno
5. Agenzia Italiana Cooperazione allo Sviluppo
6. AIFA
7. CNR
8. Università degli Studi di Ferrara – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
9. Università degli studi di Padova
10. Università degli studi di Urbino
11. Università degli Studi di Tor Vergata
12. Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza
13. Università degli Studi di Bari – Azienda Ospedaliera “Ospedale Policlinico Consorziato”
14. Ospedale Santa Maria Goretti di Latina
15. Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” – IRCCS
16. Università degli Studi La Sapienza – Policlinico Universitario Umberto I
17. Istituto San Gallicano – IRCCS
18. Ospedale S. M. Annunziata – Azienda Sanitaria 10 di Firenze
19. Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico di Modena
20. Azienda Ospedaliera “Spedali Civili” di Brescia
21. Università degli Studi di Milano – Azienda Ospedaliera Luigi Sacco
22. Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tbor – H. S. Raffaele
23. Ospedale Amedeo di Savoia – A.S.L. Torino 3
24. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – Divisione Oncologia Medica AIDS



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

PTPCT 2021-2023 Aggiornamento 2021

25. Ospedale Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, Ospedale Civico Ben Fratelli di Palermo
26. Istituto Nazionale dei Tumori “G. Pascale” di Napoli
27. Università degli Studi di Cagliari
28. Università degli Studi di Sassari
29. Università degli Studi di Palermo
30. IRCCS Ospedale Maggiore di Milano
31. Istituto Dermopatico dell’Immacolata di Roma
32. Azienda Sanitaria USL4 di Prato
33. Ospedale Misericordia e Dolce, Prato
34. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Palermo
35. Ospedale Belcolle di Viterbo
36. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari ASL Genova 3
37. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari Regione Sardegna
38. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari Regione Lombardia
39. U.O.C. Medicina V Azienda Ospedaliera San Paolo Milano
40. U.O. Servizio Sanitario Penitenziario AUSL Modena
41. U.O. Servizio Sanitario Penitenziario AUSL Viterbo
42. U.O. Servizio Sanitario Penitenziario AUSL Bari
43. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari Regione Calabria
44. Azienda Ospedaliera S. Orsola – Malpighi di Bologna

**UFFICIO CONTENZIOSO DEL LAVORO E DISCIPLINARE. APPLICAZIONE  
NORMATIVA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

1. Avvocatura dello Stato
2. Tribunale del Lavoro
3. Avvocati dei ricorrenti
4. Rappresentanti sindacali
5. INAIL

**UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA, AFFARI FISCALI**

1. Ministero della Salute
2. Ministero delle Economie e delle Finanze
3. Ministeri vari
4. Corte dei Conti
5. Banca d’Italia
6. Regioni
7. Comuni
8. ASL
9. AIFA



10. Istituti Zooprofilattici
11. Aziende Ospedaliere
12. IRCS
13. ARPA
14. Enti di Ricerca
15. Università
16. Enti previdenziali
17. Agenzie fiscali

#### **CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E La VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)**

1. AIFA
2. Ministeri
3. Regioni
4. ASL
5. Aziende Ospedaliere
6. Magistratura
7. N.A.S.
8. Agenzia delle Dogane, Guardia di Finanza, altre Forze di Polizia
9. Università

---

#### **SOGGETTI PUBBLICI INTERNAZIONALI:**

---

#### **UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE**

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Commissione Europea
3. Organismi internazionali vari

#### **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Consiglio d'Europa
3. Commissione Europea
4. Competent Authorities del settore degli stati membri e dei paesi terzi



## **CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE**

1. European Commission
2. Imperial College, Londra, UK
3. IrsiCaixa – HIVACAT, Barcellona, Spagna
4. Duke University, Durham, USA
5. NIAID, Bethesda, Maryland, USA
6. Karolinska Institutet, Department of Biosciences and Nutrition, Sweden
7. INSERM IPMC, Centre National de la recherche scientifique
8. UCLA – Università della California, Los Angeles USA
9. Center disease Analysis e Polaris observatory, Colorado, USA
10. Università Victor Segalen, Bordeaux – Francia
11. University of Birmingham

## **CENTRO NAZIONALE SANGUE**

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Commissione Europea
3. Competent Authorities del settore degli stati membri e dei paesi terzi

## **CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING**

1. IMIM – Hospital del Mar Medical Research Institut (Par de Salut MAR, Barcelona)
2. Research Institute of Health Sciences, Palma de Mallorca, Spain

## **SERVIZIO BIOLOGICO**

1. EDQM
2. ACCREDIA

## **CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)**

1. ECHA
2. Commissione Europea
3. EFSA
4. OCSE
5. ONU
6. Rappresentanza Italiana all'estero
7. WHO



## **CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS**

1. World Health Organization
2. Commissione Europea
3. National Institutes of Health – US (NIH)
4. National Institute of Health – Korea
5. South African Medical Research Council (SA-MRC)
6. European Research Council (ERC)
7. European-African partnership funding clinical research (EDCTP)
8. Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM)
9. European Centre for Disease Control (ECDC)
10. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS)
11. Oxfam
12. National Department of Health (NDoH) (South Africa)
13. National Health Laboratory Service (South Africa)
14. Medicines Control Council (MCC – South Africa)
15. Southern African Catholic Bishops Conference (SACBC) (South Africa)
16. Research Innovation and Transformation, Pontefract, Regno Unito
17. CARDET, Nicosia, Cipro
18. Verein Multikulturell, Innsbruck, Austria
19. Universitat de Valencia, Spagna
20. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
21. Imperial College of Science, technology and Medicine, London, Regno Unito
22. University of Nebraska
23. Sefako Makgatho Health Sciences University (MECRU) (South Africa)
24. Clinical HIV Research Unit – Wits Health Consortium (South Africa)
25. Desmond Tutu HIV Foundation (South Africa)
26. Medunsa Clinical Research Unit (South Africa)
27. Helmholtz Centre for Infection Research (HZI) (Germany)
28. Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM) France

## **UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA, AFFARI FISCALI**

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Commissione Europea
3. Organismi Internazionali Vari

## **CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)**

1. EDQM (compresa European Pharmacopoeia)
2. EMA
3. Commissione Europea



4. WHO
5. EU Member States
6. Europol

---

## **SOGGETTI, ENTI, AZIENDE, PRIVATI NAZIONALI ED ESTERI:**

---

### **UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE**

1. Società nazionali ed internazionali
2. Aziende Farmaceutiche
3. Fondazioni
4. Associazioni
5. Ditte
6. Professionisti
7. Privati
8. Tesorerie

### **CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA DI GENERE**

1. Azienda farmaceutica Incyte Biosciences International Srl
2. Humanitas Ospedale-Milano
3. Lifeline srl, Pomezia
4. IRCCS IDI Roma
5. Banca d'Italia
6. Istituto Europeo di Oncologia, Milano
7. Università di Barcellona
8. Research Toxicology Center, Pomezia
9. Consorzio Vini Trentino, Trento
10. Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma
11. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

### **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**

1. Strutture Sanitarie private autorizzate all'applicazione delle tecniche PMA
2. Laboratori
3. Aziende farmaceutiche
4. Consorzi/fondazioni di settore
5. Società fornitrici di sistemi informativi
6. Società Scientifiche nazionali ed internazionali



7. Aziende Private di cui all'art. 24 del DLgs 191/2007
8. Cittadini

#### **CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE**

1. ENI
2. Fondazione Jerome Lejeune
3. Società Italiana delle malattie infettive tropicali (SIMIT)
4. SIMM – Società Italiana Medicina delle Migrazioni
5. Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma
6. Fondazione PENTA
7. Gilead
8. Federazione Italiana di Cardiologia (FIC)
9. ITACTA (Italian Association of Cardiothoracic Anesthesia)
10. Comunità di Sant'Egidio
11. Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM)
12. TheNoor Al Hussein Foundation (NHF)

#### **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**

1. Aziende Farmaceutiche
2. Strutture Sanitarie private accreditate

#### **CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING**

1. Laboratori anti-doping Acquacetosa, Roma

#### **SERVIZIO BIOLOGICO**

1. Aziende Farmaceutiche produttrici di farmaci, principi attivi, gas medicinali e medicinali per terapie avanzate
2. Certiquality

#### **CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)**

1. Aziende fornitrici di apparecchiature/reagenti/informatica/cancelleria/materiale vario
2. Società di Consulenza

#### **CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS**

1. Diatheva (Italia)
2. Biovac Institute (South Africa)



3. Foundation for Professional Development (PTY) LTD (South Africa)
4. The Health Information Systems Programme – South Africa
5. Injectalia – Orofino Pharma
6. Fraunhofer – Gesellschaft zur Forderung der angewandten Forschung e.V. (Germany)
7. TCD – Triclinium (South Africa)

#### **UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA, AFFARI FISCALI**

1. Società nazionali ed internazionali
2. Aziende farmaceutiche
3. Fondazioni
4. Associazioni
5. Ditte
6. Professionisti
7. Privati
8. Tesoriere

#### **CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)**

1. Aziende Farmaceutiche
2. Società Scientifiche
3. Fornitori di beni e servizi

---

#### **ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA/CONSUMATORI:**

---

#### **CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA DI GENERE**

1. Associazione Nazionale Pediatri
2. Federazione Nazionale Pediatri
3. Onlus Arcobaleno
4. Fondazione Nando Peretti

#### **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**

1. Associazione dei donatori/pazienti

#### **CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE**

1. Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC)



2. Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF)
3. Associazione dei pazienti EPAC
4. Cittadinanza attiva
5. NPS

#### **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**

1. FIODS
2. Associazioni e Federazioni di donatori di sangue (AVIS, FIDAS, FRATRES, CRI)
3. Federconsumatori

#### **CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNSC)**

1. CODACONS
2. Altroconsumo
3. Associazioni dei consumatori
4. Associazione disinfestatori
5. Federchimica
6. Associazione Tessile e Salute
7. Unione Industriale di Torino
8. Unindustria Treviso
9. Assovetro
10. Assocasa
11. Agrofarma
12. CEFIC
13. ASSIC
14. EUROMETAUX
15. AISE
16. DUCC
17. FECC
18. CONCAWE
19. Confindustria
20. ONG
21. CEPE

#### **CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS**

1. Dianova
2. I ragazzi della Panchina
3. LILA
4. Comunità San Benedetto
5. Comunità San Patrignano



6. Villa Maraini
7. Gruppo Abele
8. ANLAIDS
9. Archè
10. Caritas Italiana
11. CICA
12. CeIS
13. Comunità di S. Egidio
14. Centro Nazionale per il Volontariato
15. NPS
16. Circolo Mario Mieli
17. Arcigay
18. Gay Help line Gay Center
19. GITA
20. NADIR Onlus
21. Associazione ASIS Onlus
22. Cooperativa Il Millepiedi – Milano
23. Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione – Roma
24. Cooperativa il Cammino
25. Cooperativa IBIS

**CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)**

1. CODACONS e Associazioni similari
2. OO.SS. del Settore Farmaceutico
3. Privati Cittadini

Nel corso di vigenza del presente piano si provvederà ad aggiornare l'analisi del contesto esterno con il pieno coinvolgimento di tutte le Strutture dell'ISS.

## 5.1.2 Analisi del contesto interno

L'analisi di contesto interno prende in esame gli aspetti legati all'organizzazione interna ed alla gestione operativa dell'ISS che potrebbero influenzare il rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

### 5.1.2.1 L'Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità, (I.S.S.) è l'organo tecnico – scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e persegue la tutela della salute pubblica attraverso le funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, regolazione e formazione.

Di esso di avvalgono il Ministro della Salute e le Regioni.

L'Istituto, dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile, è sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute.

#### La Mission dell'ISS

*Promozione e tutela della salute pubblica nazionale ed internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.*

L'attività di promozione e tutela della salute pubblica dell'Istituto è svolta, in particolare, nell'ambito delle patologie: neurologiche, oncologiche, ematologiche, genetiche, infettive, cardiovascolari, endocrino-metaboliche, immunomediate e di quelle associate all'invecchiamento.

Inoltre l'ISS:

- ✓ sviluppa strumenti e strategie mirati ad assicurare la salubrità degli alimenti, la lotta alle zoonosi e l'adozione di appropriati stili alimentari;
- ✓ valuta i rischi per la salute umana derivanti dalle esposizioni ambientali, identifica i fattori di rischio ed esegue studi di monitoraggio ambientale, biomonitoraggio e sorveglianza;
- ✓ opera quale Laboratorio ufficiale italiano per il controllo dei medicinali e svolge attività di valutazione e controllo dei prodotti medicinali da immettere sul mercato o già presenti in commercio per garantirne qualità e sicurezza. Svolge inoltre attività di ricerca e di valutazione preclinica e



clinica dei farmaci e di supporto alla loro scoperta, sviluppo e sperimentazione.

Altre attività riguardano: ricerca e sviluppo di terapie contro l'HIV/AIDS e sindromi associate; ricerca e analisi dello stato di salute e dei bisogni della popolazione mondiale per combattere le disuguaglianze nell'accesso alla salute; ricerca per la validazione di pratiche di diagnosi e terapie nella medicina di genere; ricerca nell'ambito della salute mentale per individuare meccanismi eziopatogenetici ambientali e promuovere il benessere psicofisico; ricerca, sorveglianza e prevenzione in ambito di dipendenze e doping; valutazione dei rischi legati all'uso di sostanze chimiche e cosmetici e prevenzione e sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni; protezione dai rischi derivanti da esposizione a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti e sviluppo di metodi fisico-computazionali; coordinamento della sperimentazione animale a tutela del benessere degli animali; ricerca e monitoraggio della qualità e della sicurezza delle cure erogate dai servizi sanitari; valutazione delle tecnologie sanitarie; ricerca nell'ambito della telemedicina, delle nuove tecnologie informatiche assistenziali e delle tecnologie innovative in sanità; ricerca e sviluppo di metodi efficaci per la prevenzione delle principali malattie e per la promozione di stili di vita salutari in tutte le fasi della vita.

Infine, l'Istituto è Centro di riferimento nazionale per le malattie rare e ospita il Centro Nazionale Trapianti e il Centro Nazionale Sangue.

### La Vision dell'ISS

*Produzione di conoscenze mediante la ricerca e la sperimentazione e diffusione delle conoscenze e delle evidenze scientifiche ai decisori, agli operatori e ai cittadini al fine di tutelare e promuovere la salute pubblica.*

L'ISS intrattiene collaborazioni di ricerca e sperimentazione con altre importanti istituzioni nazionali che operano a tutela della salute pubblica, tra cui il Ministero della Salute e il Ministero dell'Ambiente, le Regioni, le Aziende Sanitarie Locali, le aziende ospedaliere e gli Istituti Scientifici di Ricovero e Cura, l'ISTAT, l'Agenas e l'AIFA.

Numerose sono anche le sue attività e collaborazioni a livello internazionale, che comprendono supporto scientifico e tecnico, di sviluppo con Paesi in transizione, con Paesi in via di sviluppo e con quelli in situazione di emergenza naturale o bellica.



L'Istituto progetta, sviluppa e organizza corsi di formazione in educazione sanitaria e in ambito di sanità pubblica per il personale del SSN. Organizza, inoltre, congressi, conferenze e seminari, a livello nazionale e internazionale, su importanti tematiche di salute pubblica. Produce diverse serie di pubblicazioni scientifiche, tra cui: gli Annali, rivista trimestrale *peer-reviewed* e con *impact factor*; il Notiziario, newsletter mensile sulle attività e iniziative correnti, rapporti tecnici e monografie su temi di salute pubblica.

#### Il Funzionamento:

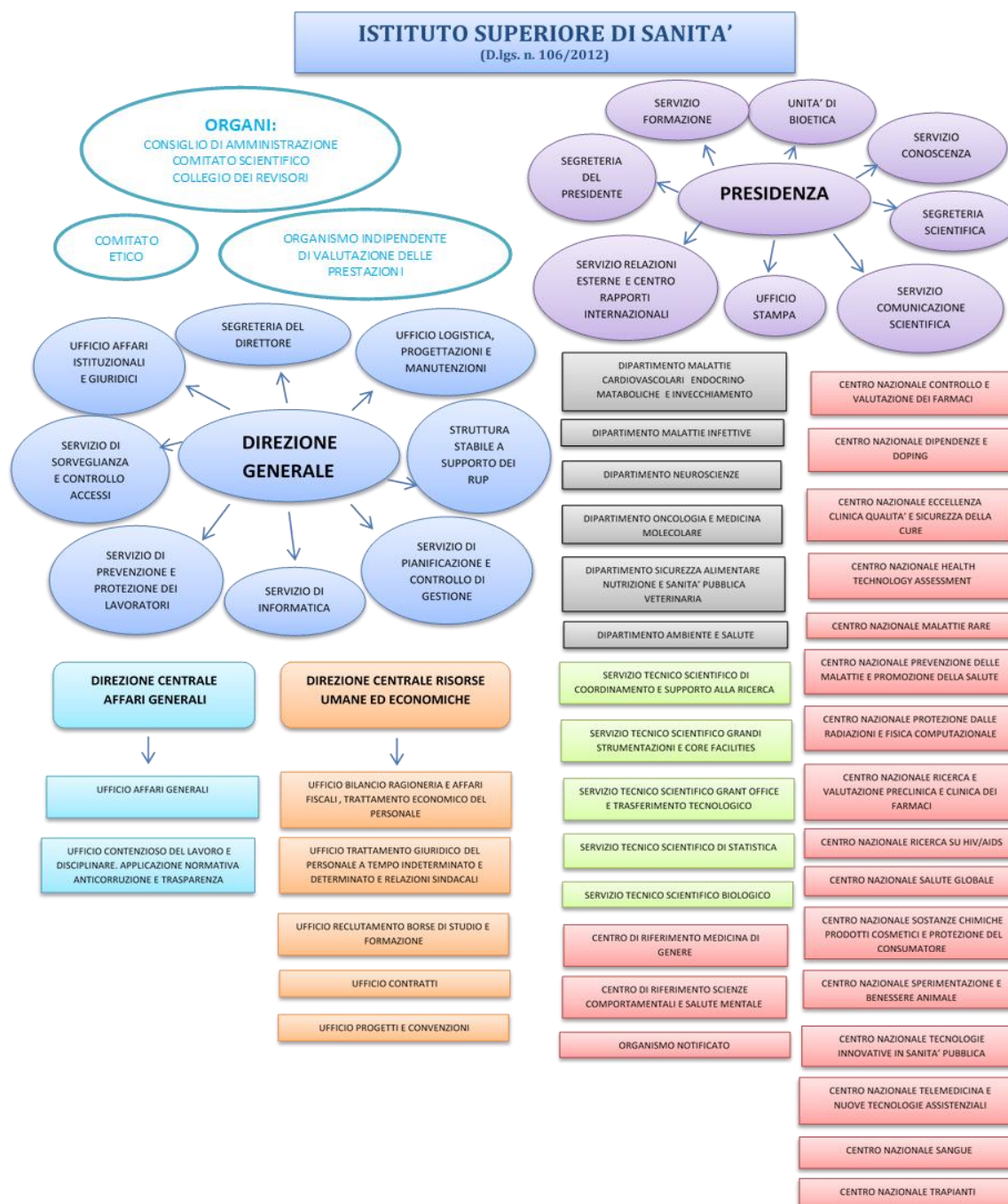
Il ROF approvato con DM 02/03/2016, dopo i primi mesi di applicazione, ha evidenziato la necessità di alcuni modesti aggiornamenti al fine di migliorare l'efficienza gestionale dell'Ente.

Con la Deliberazione n.1 del CDA dell'11 aprile 2018 avente ad oggetto "*Proposta di modifiche al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS approvato con DM 02/03/2016*" sono state messe a punto delle rettifiche al fine di rendere più incisiva l'azione degli organi di direzione e più fluido l'esercizio delle iniziative gestionali.

Resta invariata la "duplicità" delle attività condotte dall'ISS già presentata nei precedenti PTPCT. L'attività tecnico-scientifica costituisce il nucleo centrale della *mission* dell'ISS e l'attività amministrativa è invece strumentale e di supporto a quella tecnico-scientifica.



## L'organigramma dell'Istituto Superiore di Sanità



**Il personale dell'Istituto alla data del 31.12.2020 è rappresentato nella tabella che segue:**

<b>PROFILO</b>	<b>LIVELLO</b>	<b>Personale in servizio a tempo indet. al 31/12/2020</b>	<b>Personale in servizio a tempo determinato</b>
Dirigente di Ricerca	I	32	5
Primo Ricercatore	II	169	
Ricercatore	III	528	80
Dirigente Tecnologo	I	6	2
Primo Tecnologo	II	21	2
Tecnologo	III	45	7
Collaboratore Tecnico Enti di Ricerca	IV	212	
Collaboratore Tecnico Enti di Ricerca	V	169	
Collaboratore Tecnico Enti di Ricerca	VI	217	23
Operatore Tecnico	VI	45	
Operatore Tecnico	VII	50	
Operatore Tecnico	VIII	97	3
Dirigente Centrale	I	2	
Dirigente		8	
Dir. Generale			3
Dir. Art. 15 septies D.lgs. 502/92	II		6
Funzionario di Amministrazione	IV	41	
Funzionario di Amministrazione	V	19	1
Collaboratore di Amministrazione	V	76	
Collaboratore di Amministrazione	VI	33	
Collaboratore di Amministrazione	VII	33	
<b>TOTALE</b>		<b>1803</b>	<b>132</b>



### Le Risorse Finanziarie

L'Istituto, così come definito nel suo Statuto, provvede allo svolgimento delle sue funzioni con mezzi finanziari derivanti:

- dal contributo finanziario derivante dal bilancio del Ministero della Salute
- dal contributo derivante dal Fondo Sanitario Nazionale per la ricerca corrente e finalizzata
- da contributi derivanti dalle Amministrazioni Centrali (altri Ministeri, Regioni, Province Comuni) da altri enti nazionali ed internazionali, pubblici o privati, per lo svolgimento di specifici progetti di ricerca
- da donazioni
- dai servizi a pagamento





### 5.1.2.2. La mappatura dei processi

L'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno è la **mappatura dei processi** consistente nella individuazione ed analisi dei processi organizzativi.

E' da intendersi ormai completata l'analisi dei processi facenti capo alle Strutture dell'ISS. L'intera attività dell'amministrazione è stata gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, potessero risultare potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Dal livello di approfondimento scelto per l'analisi della mappatura è dipesa la possibile identificazione dei punti più vulnerabili del processo e, dunque, dei rischi di corruzione potenziali che potrebbero insorgere in esso.

La nuova e completa mappatura è inclusa negli **ALLEGATI 1 e 2 del presente PTPCT** come punto di partenza della più ampia analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Occorre tuttavia segnalare che la mappatura risulta mancante dei dati di 3 Strutture per le quali si intende provvedere, entro il primo semestre del 2021, a richiederne l'adeguamento.

Di seguito si specificano le Strutture mancanti e la motivazione della mancata analisi:

- Dipartimento di Malattie Infettive: in attesa dei dati dalla Struttura; a tale proposito si segnala come tale Struttura sia stata coinvolta, in modo esclusivo ed assorbente, alla lotta alla pandemia determinata, nel corso dell'anno 2020, dal virus Sars-CoV-2 ; a ciò si aggiunga che lo stesso Direttore della Struttura è stato destinato ad altro incarico presso il Ministero della Salute, determinandosi, in tal modo, una oggettiva difficoltà nel dare riscontro alle richieste formulate circa l'analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo; resta inteso che, nel corso dell'anno 2021, avvenuta la individuazione del nuovo Direttore del Dipartimento, dovrà necessariamente concludersi, anche per questa Struttura, l'analisi di propri processi e la definitiva individuazione dei rischi ad essi correlati;



- Centro Nazionale Malattie Rare. Il direttore del Centro ha dichiarato assenza totale di qualsiasi ipotetico rischio corruttivo; con riferimento a tale Struttura e, in particolare, alla mancanza di rischi corruttivi nei propri processi, sono state intraprese le necessarie attività di interlocuzione con il Responsabile del Centro, finalizzate ad una verifica congiunta ed in concreto circa la asserita mancanza di rischi; degli esiti di tale valutazione verrà dato conto nel report semestrale contenente lo stato di attuazione del Piano.
- Servizio di Statistica: Il direttore del Centro ha dichiarato assenza totale di qualsiasi ipotetico rischio corruttivo; Con riferimento a tale Struttura e, in particolare, alla mancanza di rischi corruttivi nei propri processi, sono state intraprese le necessarie attività di interlocuzione con il Responsabile del Servizio, finalizzate ad una verifica congiunta ed in concreto circa la asserita mancanza di rischi; degli esiti di tale valutazione verrà dato conto nel report semestrale contenente lo stato di attuazione del Piano.

L'art 1, co. 7 L 190/2012 stabilisce che il RPCT, responsabile della vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, debba segnalare all'OIV ed all'Organo di Indirizzo le eventuali "disfunzioni" inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

La mancata analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo di alcune strutture è da considerarsi una disfunzione che inficia la qualità dell'analisi nel suo complesso.

È quindi fatto obbligo, per le Strutture sopra elencate, fornire, entro il primo semestre 2021 la mappatura dei propri processi al fine di avviare l'analisi relativa al ciclo di gestione del rischio corruttivo.



## 5.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Per “rischio” il PNA intende “l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale dell’ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento”. Per “evento” si intende “il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell’obiettivo istituzionale dell’ente”.

La valutazione del rischio è la macro fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio)

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l’identificazione;
- l’analisi;
- il trattamento/ponderazione.

### 5.2.1 Identificazione del rischio

Dopo aver adeguatamente analizzato e mappato i processi il passaggio successivo è stata l’individuazione, sulla base delle più ampie informazioni disponibili, degli eventi di natura corruttiva che avrebbero potuto verificarsi in relazione alle fasi dei processi.

L’individuazione ha incluso tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, avrebbero potuto verificarsi ed avere conseguenze sull’amministrazione.

In questa fase è stato necessario comprendere le cause cioè quelle circostanze che avrebbero potuto favorire il verificarsi dell’evento, analizzando nello specifico le modalità comportamentali e i fattori abilitanti che potessero permettere il verificarsi dei comportamenti illegittimi.

L’individuazione è una fase cruciale del processo perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito mediante l’individuazione di misure di prevenzione idonee.



## **5.2.2 Analisi e misurazione del rischio**

Dopo aver effettuato la mappatura dei processi ed aver identificato gli eventi rischiosi si è proceduto con la valutazione del grado di rischiosità. Come ampiamente illustrato nel PTPCT 2020-21 l'Istituto si è dotato di un proprio strumento di misurazione che è stato dapprima testato con le Strutture e poi applicato alle stesse.

La realizzazione di un nuovo strumento ha costituito una vera e propria sfida vista la co-presenza nella medesima organizzazione di realtà con modalità operative così differenti.

### **5.2.2.1 Lo strumento di misurazione del rischio in ISS**

Lo strumento di misurazione del rischio dell'ISS misura il valore del RISCHIO INERENTE E RISCHIO RESIDUO delle fasi e non dei processi.

Il nuovo strumento di misurazione, utilizzabile sia per l'area amministrativa che per l'area tecnico-scientifica, applicato da tutte le Strutture ISS per misurare i propri rischi, si è rilevato facilmente applicabile e concretamente capace di misurare i rischi relativi ai processi.

Come si presenta:

Si è ritenuto di limitarsi a 3 indici per la probabilità e 3 indici per l'impatto. Questa scelta è stata dettata dal fatto che l'analisi dei processi, in particolar modo legati all'area scientifica, ha evidenziato che alcuni di essi si suddividono in un numero elevatissimo di fasi (circa 20).

Di seguito la presentazione dello strumento di misurazione del rischio comprensiva delle indicazioni per l'applicazione pratica dello stesso:

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'										
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna O) vedi scala valori n. 2)
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A B M A B M A	B M A B M A B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A B M A B M A		
		2	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A B M A B M A	B M A B M A B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A B M A B M A		
		3	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A B M A B M A	B M A B M A B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A B M A B M A		
		4	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A B M A B M A	B M A B M A B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A B M A B M A		
		...	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A B M A B M A	B M A B M A B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A B M A B M A		

Come si applica:

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'										
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna O) vedi scala valori n. 2)
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A B M A B M A	B M A B M A B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A B M A B M A		



Sono stati individuati 3 descrittori/domande per valutare **le probabilità** relativamente ai seguenti fattori:

- Discrezionalità/Potere  
*In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?*
- Rilevanza esterna  
*Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?*
- Complessità processo  
*Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?*

Sono state individuate 3 descrittori/domande per valutare **l'impatto** relativamente ai seguenti fattori:

- Impatto reputazionale  
*Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?*
- Impatto economico  
*Come valuti l'impatto economico della fase?*
- Impatto organizzativo  
*A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?*

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'																												
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (Il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna o) vedi scala valori n. 2)																		
		1	<p>In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?</p> <p>Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?</p> <p>Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?</p>		<table border="1"> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> </table>	B	M	A	B	M	A	B	M	A		<p>Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?</p> <p>Come valuti l'impatto economico della fase?</p> <p>A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?</p>		<table border="1"> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> </table>	B	M	A	B	M	A	B	M	A	
B	M	A																										
B	M	A																										
B	M	A																										
B	M	A																										
B	M	A																										
B	M	A																										

In risposta ad ogni domanda sono state identificate tre variabili di tipo qualitativo e non più quantitativo:

- Alto
- Medio
- Basso



STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'													
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori			IMPATTO	valore			RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna b) vedi scala valori n. 2)	
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?		B	M	A	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?		B	M	A	
			Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?		B	M	A	Come valuti l'impatto economico della fase?		B	M	A	
			Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?		B	M	A	A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?		B	M	A	

I valori di probabilità ed impatto non sono una media matematica (perché gli indici non sono più numerici) ma contenuti in una tabella da applicare che prevede tutte le possibili combinazioni.

Di seguito la tabella:

SCALA VALORI N.1 PER PROBABILITA' ED IMPATTO			
Valore 1	Valore 2	Valore 3	Risultato
Alto (A)	Alto (A)	Alto (A)	<b>Alto (A)</b>
Alto (A)	Alto (A)	Medio (M)	<b>Alto (A)</b>
Alto (A)	Alto (A)	Basso (B)	<b>Alto (A)</b>
Medio (M)	Medio (M)	Alto (A)	<b>Medio (M)</b>
Medio (M)	Medio (M)	Medio (M)	<b>Medio (M)</b>
Medio (M)	Medio (M)	Basso (B)	<b>Medio (M)</b>
Basso (B)	Basso (B)	Basso (B)	<b>Basso (B)</b>
Basso (B)	Basso (B)	Medio (M)	<b>Basso (B)</b>
Basso (B)	Basso (B)	Alto (A)	<b>Basso (B)</b>
Alto (A)	Medio (M)	Basso (B)	<b>Medio (M)</b>

L'ordine di rilevazione dei tre valori è ininfluente ai fini del risultato

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'										
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna O) vedi scala valori n. 2)
		1		In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	X M A B X A B X A	M	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M X X M A B M X	A	

Il risultato porta a due valori, uno per la probabilità ed uno per l'impatto che sono in rapporto tra loro secondo la seguente tabella da applicare

SCALA VALORI N.2 PER RISCHIO INERENTE		
Valore 1	Valore 2	Risultato
Alto	Basso	Medio
Alto	Medio	Alto
Alto	Alto	Alto
Medio	Basso	Medio
Medio	Medio	Medio
Medio	Alto	Alto
Basso	Basso	Basso
Basso	Medio	Medio
Basso	Alto	Medio

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'										
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna O) vedi scala valori n. 2)
		1		In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	X M A B X A B X A	M	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M X X M A B M X	A	A





### **5.3 LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO**

La fase della ponderazione del rischio, successiva a quella di analisi e appena precedente a quella di trattamento, definisce quali rischi necessitino di trattamento e con quale priorità di intervento. L'ANAC a questo proposito si è pronunciata consigliando alle amministrazioni un principio di “prudenza” volto ad evitare una sottostima del rischio corruzione.

Sulle fasi per cui in seguito alla misurazione stato accertato un rischio inerente pari al valore ALTO o MEDIO sono state individuate le opportune misure di contenimento applicabili e monitorabili.

L'identificazione della misura di prevenzione è la conseguenza logica dell'adeguata comprensione dell'evento rischioso.

### **5.4 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella ponderazione del rischio, cioè nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

È la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli obiettivi.

#### **5.4.1 Identificazione delle misure**

L'individuazione e la progettazione delle misure deve essere realizzata tenendo conto alcuni aspetti fondamentali, tra i primi la distinzione tra misure generali e misure specifiche.

Di seguito sono elencate, così come categorizzate dal PNA 2019, le tipologie di misure. Ciascuna categoria di misura può dar luogo, in

funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia generali che specifiche:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione
- misure di semplificazione
- misure di formazione
- misure di sensibilizzazione e partecipazione
- misure di rotazione
- misure di segnalazione e protezione
- misure di disciplina del conflitto di interessi
- misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari "lobbies"

Come noto le misure obbligatorie incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione ed intervengono in senso trasversale sull'intera amministrazione. Sono indicate nel PNA e sono le seguenti:

- Codice di comportamento
- Astensione in caso di conflitto di interessi
- Autorizzazione allo svolgimento di incarichi
- Inconferibilità ed incompatibilità di incarichi dirigenziali
- Pantouflage
- Trasparenza
- Formazione del personale
- Whistleblowing
- Rotazione del personale
- Patti di integrità
- Formazione di commissioni, assegnazione degli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.



Le misure ulteriori o specifiche, invece, incidono su problemi dettagliati individuati tramite l'analisi del rischio.

La analitica indagine relativa ai processi facenti capo alle singole Strutture di cui si è detto in precedenza ha consentito una capillare individuazione delle misure di prevenzione e ciò nella convinzione (avvalorata dall'ANAC nelle sue pronunce) che la mappatura dei processi è requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure.

Solo in seguito al lavoro di individuazione del rischio all'interno delle fasi del processo ed alla successiva individuazione del livello di rischio attraverso l'applicazione pratica del nuovo strumento di misurazione di cui si è detto, è stato possibile individuare misure che fossero:

- Concretamente applicabili
- Monitorabili
- Che non appesantissero il processo

Le misure specifiche individuate dalle Strutture sono dettagliatamente rappresentate nell'**ALLEGATO 2** al presente Piano.

#### **5.4.2 Programmazione delle misure**

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente ed operativamente le misure di prevenzione della corruzione.

Nell'**ALLEGATO 2** al Piano (report generato direttamente dalla Piattaforma Informatica) sono rappresentati in maniera dettagliata l'analisi delle misure di contenimento ed i sistemi di monitoraggio delle misure, individuati dalle Strutture ISS, al fine di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione ed attuazione della strategia di prevenzione.

Nello specifico, relativamente alle misure sono indicati:

- ✓ La tempistica di attuazione: la misura deve essere scadenzata nel tempo, ciò permette sia ai soggetti chiamati ad attuarle sia ai soggetti chiamati a verificarne l'attuazione di svolgere tali azioni nei tempi previsti;
- ✓ Le responsabilità connesse: occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura.
- ✓ Il grado di attuazione della misura: laddove la misura sia particolarmente complessa sono indicate le diverse fasi per l'attuazione;

Al fine di poter agire tempestivamente su una o più variabili definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure, il PNA 2019 consiglia l'utilizzo di indicatori di monitoraggio specifici per ogni categoria di misura, come da tabella seguente:

Tipologia di misura	Esempi di indicatori
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc
misure di trasparenza	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente
misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" ( <i>lobbies</i> ).	presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le <i>lobbies</i> e strumenti di controllo

Gli indicatori di monitoraggio sono di semplice verifica di attuazione *on/off* (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. *audit* o *check list* volte a verificare la qualità di determinate misure).

Si è ritenuto doveroso, partendo dalle indicazioni di massima dettate dal PNA, analizzare nello specifico le misure di contenimento individuate per i rischi riferiti alle Strutture dell'ISS, al fine di individuare degli indicatori di monitoraggio più adeguati e rispondenti allo scopo.



Tipologia di misura	Indicatori di Monitoraggio	Tipo di indicatore
Misura di controllo	1) Presenza firma del capo struttura sugli atti in uscita	Verifica di attuazione On/off
	2) Percentuale delle pratiche in ritardo rispetto ai tempi prestabiliti nell'ultimo semestre	Quantitativo
	3) Presenza o meno di controlli incrociati	Verifica di attuazione On/off
	4) Numero di controlli a campione sull'attività effettuati nell'ultimo trimestre	Quantitativo
	5) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di trasparenza	1) Indicazione sito di destinazione del documento/informazione da rendere trasparente	Qualitativo
	2) Presenza firme sul documento finale	Verifica di attuazione On/off
	3) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	1) Numero di incontri o comunicazioni effettuate nel trimestre	Quantitativo
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di regolamentazione	1) Indicazione della norma che regola il processo e dichiarazione, da parte del capo struttura, che la norma è stata applicata al processo	Qualitativo
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di semplificazione	1) Presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzano e semplificano i processi	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di formazione	1) Percentuale del personale coinvolto nella formazione rispetto al numero totale dei dipendenti della Struttura nel trimestre precedente	Quantitativo
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di sensibilizzazione e partecipazione	1) Assunzione di responsabilità da parte del Capo struttura (es. documentazione a supporto dell'avvenuta collegialità)	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misure di rotazione	1) Presenza di documentazione che comprovi l'avvenuta rotazione del personale e/o delle attività	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misure di segnalazione e protezione	1) Presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
Misura di disciplina del conflitto di interessi	1) Presenza o meno della dichiarazione firmata di assenza del conflitto di interessi	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza o meno di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off



## **5.5 MONITORAGGIO E RIESAME DEL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Il monitoraggio, attraverso il database di cui si è detto permetterà un primo livello di analisi in capo alla Struttura che è chiamata ad adottare la misura e può essere attuato in autovalutazione da parte dei Referenti.

Il secondo livello di analisi sarà svolto semestralmente dal RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto, che verificherà l'osservanza delle misure di prevenzione previste nel RPCT.

Come già evidenziato il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel PTPCT, deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e feedback in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del miglioramento progressivo e continuo.

Al fine di dare supporto alla redazione del Piano del triennio successivo il RPCT provvederà, nel trimestre precedente alla scadenza di questo Piano, a procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema. Il riesame riguarderà tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter identificare processi organizzativi tralasciati dalla mappatura, individuare rischi emergenti, prevedere nuove e più efficaci misure di contenimento, ove necessario



## 5.6 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

La fase di consultazione e comunicazione è trasversale a tutto il ciclo di gestione del rischio e include attività di coinvolgimento dei soggetti interni all'amministrazione al fine di raccogliere le informazioni utili a migliorare la strategia di prevenzione sia attività di comunicazione interna ed esterna.

Nel corso dell'anno 2021 sono previste le seguenti azioni:

- Somministrazione a tutto il personale dell'ISS, tramite piattaforma *moodle*, del questionario sulla "percezione della corruzione" predisposto nel corso del 2020.
- Organizzazione di Seminari/Tavoli di lavoro con i Referenti in presenza o in modalità telematica.





## PARTE SECONDA

### 6. MISURE GENERALI

#### 6.1 CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono, conformemente a quanto disposto dall'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, un ruolo importante per la riduzione del rischio corruttivo.

Il codice di comportamento dell'ISS è stato definito attraverso un procedimento che ha previsto una procedura aperta alla partecipazione ed il parere obbligatorio dell'OIV, ed è stato adottato nella seduta del Consiglio di Amministrazione del 09.10.2018 con delibera n.16. Nel codice sono previste specifiche disposizioni a favore della trasparenza della azione dell'ISS, intesa quale primo rimedio contro i rischi corruttivi, ed è altresì previsto che il personale osservi le prescrizioni contenute nel piano nazionale anticorruzione e nel presente piano.

Si segnala, peraltro, che l'ANAC, nel PNA 2019, aveva previsto la adozione di nuove linee guida in materia di doveri di comportamento, suggerendo alle amministrazioni di attendere la definitiva adozione delle linee guida citate, prima di rivedere i propri codici di comportamento. Con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, l'Autorità ha adottato le citate linee guida, che costituiscono, pertanto, il parametro di riferimento vigente per l'adozione dei codici di comportamento delle singole amministrazioni.

L'Istituto, anche alla luce di quanto specificato nel paragrafo successivo, relativamente alla disciplina del conflitto di interessi, valuterà la eventuale modifica del codice di comportamento vigente.



## 6.2 MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

La prevenzione e la gestione del Conflitto di Interesse rappresenta, per ogni istituzione che curi interessi pubblici, una priorità per garantire l'imparzialità e l'obiettività delle decisioni e, più in generale, l'utilizzo etico delle risorse e l'integrità del sistema; in particolare l'attività dell'ISS deve essere, ed essere percepita dall'opinione pubblica, adeguata a garantire standard elevati di imparzialità, obiettività e integrità.

La gestione efficace dei Conflitti di interesse è quindi un elemento essenziale di questa garanzia perché il perseguimento dell'interesse pubblico, ovvero la tutela della salute in tutte le sue forme, deve essere incondizionato e prevalere sempre su qualsiasi altro interesse o vantaggio secondario e personale.

Tenuto conto della particolare complessità nella disciplina della eventuale insorgenza di conflitti di interesse, e tenuto conto che la relativa regolamentazione è contenuta attualmente nel codice di etica, è stato istituito, con Decreto del Direttore Generale n. 55/19 del 07/11/2019 un gruppo di lavoro per l'adozione di un "*Regolamento per la gestione del conflitto di interessi*" con il compito di "*...valutare le problematiche inserenti la materia ed elaborare uno schema di regolamento finalizzato a disciplinare le procedure con le quali l'Istituto Superiore di Sanità individua, dirime e gestisce le ipotesi di conflitto di interessi nell'ambito della gestione delle proprie funzioni e attività...*".

Premesso quanto sopra, pertanto, nel corso del periodo di vigenza del presente Piano si verificherà la adozione del citato documento con le conseguenti attività di uniformazione alle relative previsioni della attività di prevenzione della corruzione.



## **6.3 AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI EX ART 53 D.LGS. N. 165/2001 E S.M.I. E 58, CO.4 CCNL 21.02.2002**

### **6.3.1 La normativa di riferimento**

L'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede la possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati mediante un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica *professionalità* e del *principio di buon andamento della pubblica amministrazione*. La l. 190/2012 ha aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7).

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12).

La normativa prevede l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di comunicare gli incarichi autorizzati all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la tempistica richiesta e tassativamente per via telematica mediante inserimento nei campi obbligatori indicati nel sistema "PERLAPA" dei dati riferiti agli incarichi ed ai compensi corrisposti.

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, quali attività liberamente esercitabili, anche con remunerazioni e per cui il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi pertanto non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione. Per tali incarichi rimane in capo al dipendente la valutazione degli eventuali profili di incompatibilità di fatto ed in particolare della sussistenza del conflitto anche potenziale



di interesse.

### **6.3.2 Le procedure adottate**

L'Ufficio trattamento giuridico del personale e relazioni sindacali, individuato quale ufficio competente, ha adottato una specifica procedura per la richiesta ed il rilascio di autorizzazione, con la previsione di una apposita modulistica da compilare da parte del dipendente interessato.

In tale modulistica è prevista la contestuale dichiarazione da parte del richiedente di assenza di incompatibilità e di conflitto di interesse tra l'incarico da ricoprire e le mansioni proprie del dipendente; su tale attestazione è richiesta inoltre una ulteriore dichiarazione del capo Struttura che confermi responsabilmente la assenza di conflitto o di incompatibilità.

### **6.3.3 Verifica e monitoraggio delle procedure**

#### **6.3.3.1 Attività di verifica**

Il medesimo ufficio effettua la *verifica* sulle dichiarazioni e il *monitoraggio* circa il corretto adempimento delle procedure.

La verifica consiste in:

- Esistenza della presa di visione e dell'assenso da parte del Direttore della Struttura di appartenenza;
- Insussistenza di elementi di incompatibilità;

L'ufficio coinvolge il *Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza*, nel caso in cui si tratti di incarichi:

- a) per i quali si ravvisi un conflitto di interesse solo potenziale;
- b) che abbiano quale destinatario un Direttore di Struttura scientifica.

L'attività di verifica ha evidenziato che le ragioni ostative allo svolgimento degli incarichi sono da ricondursi per lo più nell'ambito delle seguenti categorie generali:

- richieste di autorizzazione *pervenute successivamente* all'avvio



dell'incarico di fatto già svolto o in corso di svolgimento;

- richiesta di autorizzazione per incarichi che, tenuto conto della complessiva situazione di fatto ed alla luce della normativa vigente, appaiono riguardare una attività in “*conflitto, anche solo potenziale di interessi*”;
- richieste di autorizzazione a fronte di incarichi per i quali, presentandosi essi come *simili o identici* a quelli precedentemente autorizzati (con lo stesso committente), non può ravvisarsi il necessario carattere di occasionalità.

Sono state inoltre rilevate alcune criticità di carattere oggettivo:

- attività svolte come incarichi extra-istituzionali retribuiti, che potrebbero essere effettuate come attività istituzionali nell'ambito di accordi da stipularsi tra l'ISS e gli enti conferenti o apportando eventuali modifiche alle convenzioni in essere;
- reiterazione da parte degli stessi enti conferenti di incarichi in contrasto con il previsto carattere di occasionalità;
- potenziale conflitto di interesse nel caso di incarichi extra-istituzionali svolti per aziende private, specialmente se operanti nel settore farmaceutico;
- attività retribuite come incarichi extra-istituzionali e svolte nell'ambito di missioni istituzionali.

Altre criticità sono riconducibili a comportamenti dei richiedenti l'autorizzazione; si tratta di:

✓ richieste presentate a ridosso della data di avvio dell'incarico, in modo tale da non consentire ove necessario, l'espletamento degli approfondimenti istruttori prodromici al rilascio della preventiva autorizzazione. Si ricorda in proposito che la normativa vigente attribuisce all'amministrazione uno spazio temporale di trenta giorni per concedere l'autorizzazione;

✓ utilizzo per lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali di codici di assenza impropri (missione – servizio fuori sede);

✓ mancata o ritardata comunicazione dei compensi percepiti, con conseguente difficoltà di rispetto dei tempi previsti per l'inserimento dei dati nel sistema informatico “PERLA PA”.

Sarà compito del RPCT sensibilizzare il contesto interno al fine di



superare le criticità oggettive e soggettive rilevate, anche mediante l’emanazione di linee guida da comunicare a tutti i settori dell’ISS.

L’attività di verifica si è particolarmente soffermata sulle richieste di autorizzazioni ad incarichi – ed in particolare alla partecipazione a gruppi di lavoro o a tavoli di approfondimento e confronto - che possano interferire sulla attività di controllo dei medicinali ed in particolare sulla attività di sorveglianza su potenziali reazioni avverse ai vaccini.

In questo caso si rende necessario contemperare la necessità di avvalersi della collaborazione delle più alte professionalità con l’imparzialità dei risultati del lavoro, anche al fine di salvaguardare l’immagine e la professionalità degli stessi gruppi o tavoli di lavoro.

Si è di conseguenza ritenuta indispensabile una specifica misura di trasparenza e pubblicità, consistente in una particolare autodichiarazione circa la assenza di conflitto di interessi tra l’attività svolta e l’incarico.

Tale autodichiarazione dovrà comprendere anche l’elenco degli incarichi pregressi e dovrà essere trasmessa prima dell’inizio dell’incarico, costituendone condizione di efficacia.

Nella stessa dichiarazione dovranno essere segnalate tutte le ipotesi, anche solo potenziali, di conflitto di interessi.

## **6.4 INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI**

Gli incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa devono essere svolti, da parte dei soggetti cui sono conferiti, con onore, con la massima dedizione ed in assenza di interessi confliggenti.

Di conseguenza la titolarità degli incarichi non è consentita a chi si sia macchiato di gravi reati, a chi occupi altri incarichi indicati espressamente dalle norme o svolga attività che, se pur non tipizzate, possano generare situazioni conflittuali con gli interessi pubblici.

### 6.4.1 Incompatibilità

La incompatibilità è prevista per tutti i dipendenti pubblici dall'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 : “Incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi” che stabilisce in via di principio che 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, secondo quanto stabilito dagli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, (Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato).

Ulteriore norma di riferimento è il D.Lgs. 39/2013 che ha riguardo particolarmente agli incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni; questi sono incompatibili con “*..incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico*”.

Mentre la incompatibilità generalmente prevista per tutti i dipendenti pubblici non ammette deroghe in quanto lesiva del superiore principio di cui all'art. 97 della Costituzione, la incompatibilità degli incarichi di responsabilità può essere rimossa dall'interessato con l'eliminazione, entro il termine previsto, della situazione di cumulo.

### 6.4.2 Inconferibilità

La inconferibilità ha riguardo al caso in cui l'attribuzione degli incarichi di responsabilità amministrativa è impedita, in via definitiva o temporanea, per il fatto di aver commesso gravi reati o per la esistenza di situazioni che la norma stessa individua come conflittuali col pubblico interesse.

Il Dlgs 39/2013 prevede che gli incarichi di responsabilità amministrativa non possano essere conferiti, in modo permanente o temporaneo, “*a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati*”



*previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico;”.*

### **6.4.3 Rimedi**

La riduzione del rischio della esistenza di situazioni di incompatibilità o inconferibilità è individuata dal già citato Dlgs 39/2013 in prima istanza nella autodichiarazione del soggetto cui è conferito l’incarico<sup>3</sup>.

La delibera ANAC 833/2016 specifica inoltre il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione nell’accertamento delle situazioni di incompatibilità ed inconferibilità e nella adozione delle relative sanzioni.

Nel periodo di vigenza del presente Piano il RPCT, si avvarrà della struttura del competente ufficio amministrativo, demandando ad esso il compito di gestire la raccolta delle dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità, cui viene unito l’elenco degli incarichi ricoperti dal soggetto cui è conferito l’incarico e la indicazione delle eventuali condanne subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione. Di tale adempimento il medesimo ufficio darà conto al RPCT individuando le eventuali criticità e relazionando sull’attività di verifica posta in essere.

Le dichiarazioni vengono pubblicate nella sezione Amministrazione trasparente, sotto sezione “Personale” - “Dirigenti”.

---

<sup>3</sup> Prevede infatti la norma (art.20) che *“All’atto del conferimento dell’incarico l’interessato presenta una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità di cui al presente decreto.*

*2. Nel corso dell’incarico l’interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al presente decreto.*

*3. Le dichiarazioni di cui ai commi 1 e 2 sono pubblicate nel sito della pubblica amministrazione, ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico che ha conferito l’incarico.*

*4. La dichiarazione di cui al comma 1 è condizione per l’acquisizione dell’efficacia dell’incarico.*

*5. Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dalla stessa amministrazione, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell’interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al presente decreto per un periodo di 5 anni”*





## 6.5 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO (PANTOUFLAGE)

La disciplina del c.d. “*pantouflage*” come noto, trova la sua fonte nell’art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Lo scopo è quello di scoraggiare comportamenti impropri dei dipendenti che approfittando della propria posizione all’interno dell’amministrazione potrebbero precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso un soggetto privato con cui siano entrati in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

La norma prevede, in caso di violazione, specifiche conseguenze sanzionatorie.

Al fine di contenere il rischio sopra indicato sono previste le seguenti misure:

- inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di *pantouflage*;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall’incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell’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, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall’Autorità ai sensi dell’art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

Nel corso del 2020 si è proceduto alla verifica della applicazione da parte degli Uffici amministrativi competenti della previsione normativa. I



dirigenti degli Uffici coinvolti hanno dato rassicurazioni circa l'applicazione della stessa, precisando, per quanto concerne la composizione delle commissioni di concorso che *"...nessun dipendente cessato dal servizio o in quiescenza è stato nominato componente di commissione esaminatrice..."*

Per quanto attiene – invece – alla esecuzione di lavori, svolgimento di servizi e acquisizione di beni, il competente Ufficio ha rassicurato sul fatto che l'Istituto, in qualità di Stazione Appaltante provvede a richiedere all'operatore economico che esprime la volontà di partecipare alle procedure di gara di specificare se si trovi nelle condizioni di cui all'articolo 53, comma 16 ter del D.lgs n. 165/2001.

Nel corso di vigenza del presente Piano è demandata ai medesimi uffici la verifica circa il rispetto delle previsioni di cui al presente paragrafo.

## **6.6 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE DEGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Di immediata applicazione è la previsione di cui all'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012 per il caso di formazione di Commissioni di gara e assegnazione agli uffici nei casi di condanna per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale.

A tal fine è stato richiesto al competente Direttore centrale delle Risorse Umane di:

1. verificare che i soggetti condannati per i reati sopra indicati non siano assegnati ad uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
2. chiedere semestralmente ai Direttori delle strutture competenti per materia specifici report concernenti l'avvenuta acquisizione delle relative



autocertificazioni, e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di:

- a) scelta del contraente per l'affidamento di lavori servizi e forniture;
  - b) concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici.
3. verificare al proprio interno l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di accesso o selezione all'impiego e successive progressioni di carriera.

Analogamente si procederà, per il periodo di vigenza del presente Piano, alle verifiche così come individuate nel presente paragrafo.



## 6.7 ROTAZIONE DEL PERSONALE

La rotazione del personale è stata introdotta dall'art. 1, co. 5, lett. b) della L. 190/2012 come misura di prevenzione della corruzione, e prevede la rotazione per i dirigenti e funzionari chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'RPCT secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della stessa legge è tenuto a verificarne l'effettiva attuazione.

Il PNA considera la rotazione del personale quale 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, sempre secondo il PNA, riduce il rischio che un dipendente, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività e 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

Il PNA invita le amministrazioni a considerare la rotazione del personale come un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. Essa va vista infatti nell'ottica di un utilizzo ottimale delle risorse umane e non con una valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Detta misura deve essere impiegata infatti in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente



L'ANAC invita ad adottare una disciplina *ad hoc*, previa informativa alle OO.SS. rappresentative, e la misura deve essere accompagnata da strumenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

### La misura della rotazione ordinaria in ISS

Con riferimento a tale specifico punto, va ricordato come l'insorgenza della pandemia derivante dal virus Sars-CoV-2 che ha interessato una buona parte dell'anno 2020, ha reso estremamente difficoltosa la piena realizzazione della misura, e ciò anche alla luce della introduzione del c.d. "lavoro agile" per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

Ciò non toglie che, rimane ferma la volontà di proseguire con il rafforzamento della rotazione dei dipendenti, pur tenendo conto delle particolarità che di seguito si espongono.

Ed infatti:

L'ISS, organo tecnico scientifico del SSN, come già evidenziato nella sezione relativa all'analisi del contesto interno, presenta delle caratteristiche organizzative assolutamente peculiari, in particolar modo nelle attività relative all'area tecnico-scientifica.

I ricercatori e i tecnologi dell'ISS, a tutti i loro livelli, compresi evidentemente i Responsabili delle Strutture Scientifiche, sono figure professionali altamente specializzate nei settori di competenza ed in taluni casi trattasi di vere e proprie eccellenze sia nazionali che internazionali.

Analogo discorso va riservato al personale tecnico operante a supporto delle attività di ricerca.

Secondo quanto evidenziato nel PNA la rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità delle attività 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.

Stante quanto sopra esposto si ritiene che la rotazione del personale *tout court* nei settori scientifici possa rientrare nella fattispecie prevista dal



PNA di “*cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche*”.

Si ritiene tuttavia di poter adottare, nel caso del personale tecnico, delle misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi alla rotazione quali ad esempio la previsione di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza interna delle attività.

Altro discorso è da fare nei casi di categorie professionali omogenee quali ad esempio quelle operanti nell'area amministrativa.

Le attività amministrative dell'ISS, come già evidenziato, sono di supporto all'attività scientifica ed anche in questo caso la specializzazione degli operatori gioca un ruolo importante nel buon andamento e nella continuità dell'attività scientifica stessa.

È evidente che le professionalità amministrative rispetto a quelle scientifiche sono meno vincolanti nell'ottica della rotazione del personale, tuttavia rimane sempre da considerare la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Si ritiene che potrebbero essere previste dal dirigente amministrativo modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio promuovendo meccanismi di condivisione delle fasi procedurali.

Altro criterio che potrebbe essere adottato è l'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze.

Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce.

Premesso quanto sopra la misura che l'RPCT consiglia di adottare ai dirigenti amministrativi nel corso del 2021 è la seguente:

- *Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio* Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. “funzionale”, ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una



modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti. Ciò può avvenire, ad esempio, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie. Si applica anche ai funzionari che facciano parte di commissioni interne all'ufficio o all'Amministrazione.

#### La rotazione straordinaria

L'art. 16, co. 1, lett. 1-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «*provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*» 11, senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

Certamente dalla stessa si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio.

Allo stato attuale tale misura, pur prevista, non risulta applicata per l'inesistenza della fattispecie di condotta ipotizzata.

#### Rotazione del personale dirigenziale

È di recente approvazione la deliberazione n.6 allegata al Verbale n.34 della seduta del Consiglio di Amministrazione del 01.10.2019 con la quale si stabiliscono i principi generali per la nomina dei direttori di struttura e per la valutazione di un eventuale rinnovo.

È da evidenziare come nel corso già del 2021 ma anche più ampiamente del triennio di vigenza del presente Piano, per effetto del pensionamento di numerosi dirigenti amministrativi in carica (6 su 10), si assisterà ad un naturale ricambio delle relative posizioni dirigenziali. Ciò costituirà l'occasione per una rotazione più generale.



## 6.8 TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Con l'espressione *whistleblower* si fa riferimento a chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza.

Il *whistleblowing* è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower*. Lo scopo principale del *whistleblowing* è quello di prevenire o risolvere un problema tempestivamente.

Il contesto normativo in cui si definisce il *Whistleblowing* è il seguente:

- **Il D.Lgs. 231/2001** recante “*Responsabilità amministrativa delle società e degli enti*” ha introdotto la responsabilità amministrativa per società, enti e organizzazioni, con o senza personalità giuridica. Per la prima volta nell'ordinamento italiano è prevista la responsabilità delle aziende per reati posti in essere da Amministratori, Dirigenti e/o Dipendenti nell'interesse o a vantaggio dell'azienda stessa. Tra i reati compresi nel Decreto i più significativi sono quelli ai danni della sicurezza dei lavoratori, dell'ambiente, societari (false comunicazioni sociali, indebita restituzione conferimenti), nei confronti della pubblica amministrazione (truffa e corruzione).
- L'art. 1, comma 51, della **legge 190/2012** (cd. legge anticorruzione) ha inserito un nuovo articolo, **il 54 bis 1, nell'ambito del D.lgs. 165/2001**, rubricato “*tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*”, in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come *whistleblowing*. che prevede:
  1. *Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o*





*indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.*

*2. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.*

*3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al DFP, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle OO.SS. maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.*

*4. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 190, n.241, e successive modificazioni".*

Scopo della norma è di favorire la segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti, fornendo ai denunciatori protezione contro possibili pregiudizi, atteso che il timore di ritorsioni potrebbe costituire un deterrente alla comunicazione di violazioni dell'integrità.

L'ANAC con **Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015** recante "*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. Whistleblower)*" ha definito gli ambiti di applicazione e le modalità di utilizzo dell'Istituto stesso. Le suddette Linee guida propongono fra l'altro quale soluzione ottimale la creazione di un sistema crittografato per la gestione delle segnalazioni con l'utilizzo di protocolli sicuri e standard per il trasporto dei dati ed in via opzionale la creazione di un indirizzo di posta certificata allo scopo dedicata.

La **Legge n. 179 del 15 novembre 2017** recante "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*" ha modificato parzialmente l'art. 54 bis del decreto legislativo introducendo concetti nuovi e delineando meglio gli ambiti.

Si riassumono – di seguito – le principali novità:

- innanzitutto il pubblico dipendente che nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione segnala al RPCT o all'ANAC o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non



può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti sulla condizione di lavoro determinata dalla segnalazione;

- l'identità del segnalante non può essere rivelata;
- la segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 e s.m.i.

In conformità a quanto dettato dalla normativa vigente e nella consapevolezza dell'importanza dell'istituto del *whistleblowing* nell'ottica della prevenzione della corruzione è stato predisposto un "*regolamento per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti, cd. whistleblower, dei soggetti terzi non dipendenti e degli anonimi, che segnalano illeciti e irregolarità (cd. whistleblowing)*" che è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente in data 19/12/2018.

Il regolamento contempla la possibilità – riservata al segnalante - di far uso, oltre ai tradizionali sistemi di invio delle segnalazioni, dell'uso di una "piattaforma" informatica.

A tale specifico proposito, si sono dovute risolvere, con il coinvolgimento del competente settore informatico dell'Ente, una serie di problematiche pratico-applicative, tenendo conto che:

- sulla falsariga di quanto fatto dall'ANAC con la relativa procedura informatica, è stato predisposto un apposito questionario, finalizzato ad acquisire un maggiore livello di dettaglio e di approfondimento della segnalazione;
- si è provveduto ad inserire nella piattaforma la possibilità di una adeguata "interlocuzione" tra il segnalante ed il RPCT.

La procedura informatica, che si affianca alla ricezione delle segnalazioni in via esclusivamente "cartacea" è ora disponibile nel sito istituzionale dell'Ente (sezione "*amministrazione Trasparente*" sotto sezione "*altri contenuti*" – "*Prevenzione della corruzione*")

Tale piattaforma prevede il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante utilizzando l'apposito applicativo disponibile nella sezione "*Amministrazione trasparente/altri contenuti*", "*Prevenzione della corruzione*".

Tramite suddetta procedura il personale dipendente dell'Istituto potrà accedere attraverso le proprie credenziali "di dominio" (indirizzo di posta elettronica e *password*).



La modalità informatica di gestione delle segnalazioni di illeciti e irregolarità, consente l'accesso anche attraverso la creazione di un account anonimo nell'apposita sezione "Crea account".

È da rilevare che nel corso del 2020 **non** sono pervenute segnalazioni.

## 6.9 FORMAZIONE

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo. Il PNA 2019 stabilisce che: *“L'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT (cfr. Parte II, § 4.)”*

È compito dell'RPCT individuare i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi

Nel corso del triennio la formazione sarà strutturata su due livelli:

- uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all'aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità;
- uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono;

L'ANAC nel PNA 2019 valuta positivamente un cambiamento radicale nella programmazione e attuazione della formazione, affinché sia sempre più orientata all'esame di casi concreti calati nel contesto delle diverse



amministrazioni e favorisca la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione. L'Autorità auspica che, con la Scuola nazionale della pubblica amministrazione e con le strutture pubbliche che rilevano fabbisogni formativi e programmano iniziative di formazione, possano svilupparsi progetti educativi improntati ai criteri sopraesposti.

In conformità a quanto sopra esposto l'ISS nel corso del 2020 ha avviato contatti con la SNA per la predisposizione di una specifica convenzione con l'ISS.

A causa delle complicazioni legate alla pandemia da coronavirus, l'Ufficio non ha potuto rendere operativa detta Convenzione e sarà indispensabile recuperare il ritardo entro il primo semestre 2021.

E' slittata all'anno 2021 anche la realizzazione di un corso *e.learning* in materia di anticorruzione e trasparenza dedicato a tutto il personale ISS da realizzare con la SNA o con altra società fornitrice di formazione sulla materia.

Vista l'obbligatorietà della misura, nel corso del triennio oggetto del presente Piano, per ogni annualità, si richiederà lo stanziamento di fondi per la formazione sull'anticorruzione al fine di organizzare sia interventi di formazione generale che specifica.

## **6.10 PATTI DI INTEGRITÀ E RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE**

Nella seduta del Consiglio di Amministrazione dell'Ente del 26 luglio 2019 (deliberazione n. 8 allegata al verbale n. 33), è stato approvato il patto di integrità da utilizzare nell'ambito dei contratti stipulati dall'Istituto.

Tale strumento è espressamente previsto dall'art. 1, comma 17 della Legge 6 novembre 2012 n. 190 è finalizzato a rafforzare il perseguimento degli obiettivi di trasparenza e legalità ed è destinato ad operare nel settore dei contratti pubblici, anche in considerazione che l'affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture continua ad essere uno dei più esposti sia ai tentativi di infiltrazione delle mafie, sia a possibili interferenze sulla corretta gestione delle procedure di gara nelle pubbliche amministrazioni.

I controlli previsti sulla attuazione della presente misura, nonché la attivazione delle eventuali azioni di tutela previste dai protocolli, sono demandati al competente ufficio amministrativo, che dovrà fornire una analitica relazione sull'attività svolta.

Si fa presente – da ultimo – che, in osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata, nella persona del Dirigente dell'Ufficio IV – Contratti della Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche, la figura di RASA.



## PARTE TERZA

### 7. LA TRASPARENZA

La trasparenza, come noto, costituisce un'importante misura di prevenzione della corruzione e allo stesso tempo uno strumento di garanzia dei diritti essenziali dei cittadini e «*precondizione per rafforzare e ricostruire il rapporto di fiducia fra cittadini e poteri pubblici*»

#### 7.1 La sezione “Amministrazione Trasparente”

Il D. Lgs n.33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016 impone alle amministrazioni specifici obblighi per la trasparenza attraverso la pubblicazione di atti e documenti sul sito istituzionale.

Si è proseguito – pertanto - con il doveroso “popolamento” delle sezioni del sito che compongono la sezione “*amministrazione trasparente*”, in conformità con quanto stabilito dal D.lgs. n. 33/2013.

In attuazione della Delibera n. 213 del 04/03/2020 dell'ANAC l'Organismo Indipendente di Valutazione ha proceduto alla verifica, con esito positivo, circa la completezza dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, utilizzando la griglia di rilevazione che la stessa ANAC ha predisposto per l'annualità 2020.

Le sottosezioni prese in esame in questo contesto sono state:

- CONSULENTI E COLLABORATORI
- BANDI DI CONCORSO
- ATTIVITA' E PROCEDIMENTI
- SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI
- SERVIZI EROGATI
- INFORMAZIONI AMBIENTALI.

A causa del manifestarsi della nota emergenza sanitaria, i termini della citata Delibera 213/2020 sono stati prorogati dall'ANAC, rispettivamente, per l'attestazione della pubblicazione dei dati al 30 giugno 2020 e



indicando il 31 luglio 2020 come limite per la pubblicazione in Amministrazione Trasparente delle varie attestazioni redatte dall'OIV.

All'inizio di marzo 2020 ha visto la luce il nuovo Portale istituzionale dell'ISS che, oltre a migliorare lo stile grafico, è stato dotato di una nuova infrastruttura, realizzata dal competente Settore Informatico, per la gestione di tutto ciò che viene pubblicato sul Portale ISS.

Il nuovo sistema permetterà una maggiore fluidità e tempestività nella pubblicazione dei dati consentendone un monitoraggio continuo.

Particolare cura sarà prestata nel corso del 2021 agli aspetti tecnici legati alle basi dati e alle modifiche delle pubblicazioni delle fonti normative, che saranno collegate tutte dalla piattaforma "NORMATTIVA", il tutto nell'ottica di un adeguamento tecnico ma anche funzionale della sezione Amministrativa Trasparente.



## 7.2 Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei Responsabili

Di seguito uno schema degli obblighi di pubblicazione vigenti con indicazione dei soggetti responsabili della trasmissione e/o pubblicazione dei dati che contiene gli aggiornamenti dettati dal D.lgs. n. 97/2016:

SCHEMA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI CON INDICAZIONE DEI SOGGETTI RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE/PUBBLICAZIONE DEI DATI				
DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO I (Macrofamiglia)	DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO II (Tipologia di dati)	AGGIORNAMENTO	RESPONSABILE TRASMISSIONE DATI	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE DATI
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati	Annuale	Dott. Maurizio Pasquali	Dott. Mario Iacobone
	Atti Generali	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Maurizio Pasquali	Dott. Mario Iacobone
Organizzazione	Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	_____	_____
	Articolazione degli uffici	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Telefono e posta elettronica	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone





Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Dotazione organica	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Personale non a tempo indeterminato	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Tassi di assenza	Trimestrale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Contrattazione collettiva	Tempestivo	Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Contrattazione integrativa	Tempestivo Annuale	Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	OIV	Tempestivo	Direzione Generale, Segretario OIV	Dott. Mario Iacobone
Bandi di concorso		Tempestivo	Dott. Stefano Di Matteo	Dott. Stefano Di Matteo Dott. Mario Iacobone



Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Tempestivo	Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi	Dott. Mario Iacobone
	Piano della Performance	Tempestivo	Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi	Dott. Mario Iacobone
	Relazione sulla Performance	Tempestivo	Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi	Dott. Mario Iacobone
	Ammontare complessivo dei premi	Tempestivo	Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi	Dott. Mario Iacobone
	Dati relativi ai premi	Tempestivo	Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi	Dott. Mario Iacobone
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Maria Teresa Madeo Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Società partecipate	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Maria Teresa Madeo Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Enti di diritto privato controllati	Annuale	Dott.ssa Maria Teresa Madeo Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Rappresentazione grafica	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Maria Teresa Madeo Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Dott. Mario Iacobone
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Dott. Mario Iacobone
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo- politico	Semestrale	Dott. ssa Claudia Mastrocola	Dott. Mario Iacobone
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Semestrale	Dirigente che emana l'atto	Dott. Mario Iacobone
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Alessandro Valente	Dott. Alessandro Valente Dott. Mario Iacobone
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Atti di concessione	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone



Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Canone di locazione o affitto	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Tempestivo Annuale	Direzione Generale OIV	Dott. Mario Iacobone
	Organismi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo	Segretario collegio dei Revisori	Dott. Mario Iacobone
	Corte dei conti	Tempestivo	Singolo Responsabile	Dott. Mario Iacobone
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Dott. Mario Iacobone
	Class action	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Dott. Mario Iacobone
	Costi contabilizzati	Annuale	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Dott. Mario Iacobone
	Liste di attesa	Tempestivo	CNT e CNS nei casi previsti dalla legge	Ministero della Salute
Pagamenti all'amministrazione	Dati sui pagamenti	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS		
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
	IBAN e pagamenti informatici	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Mario Iacobone
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Arch. Giovanni Carabotta	Dott. Mario Iacobone
	Tempi e costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Arch. Giovanni Carabotta	Dott. Mario Iacobone
Pianificazione e governo del territorio	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	-----	-----	-----



Informazioni ambientali		Tempestivo	Responsabile Struttura scientifica interessata	Dott. Mario Iacobone
Strutture sanitarie private accreditate	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	-----	-----	-----
Interventi straordinari e di emergenza		Tempestivo	Responsabile Struttura scientifica interessata	Dott. Mario Iacobone
Altri contenuti	Corruzione	Tempestivo Annuale	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Accesso civico	Tempestivo	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Annuale	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Dati ulteriori	Annuale	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone

Il Centro Nazionale Sangue ed il Centro Nazionale Trapianti, che operano all'interno dell'Istituto in virtù delle relative disposizioni istitutive, sono tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza previsti dal D.lgs 33/2013.

Con riferimento agli oneri di pubblicazione previsti dall'art 41 del D.lgs. 33/2013, in particolare quelli relativi alle liste d'attesa si specifica che il Centro Nazionale Trapianti, quale organo di coordinamento della rete nazionale trapianti, nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali, rende evidenza delle attività della rete attraverso il sito [www.trapianti.salute.gov.it](http://www.trapianti.salute.gov.it).

Il sito citato consente di monitorare i tempi di attesa per trapianto per tutti gli organi a livello nazionale, regionale e di singolo centro ed è accessibile a tutti i cittadini. Nello stesso sito il CNT pubblica un report annuale con Nel sito citato il CNT pubblica un report annuale con un livello di dettaglio di dati molto elevato.



### **7.3. Bilanciamento tra Trasparenza e Privacy**

La pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nel Regolamento UE 2016/679.

A tal fine si è ritenuto necessario avviare una idonea attività di interlocuzione e di confronto con il RPD volta a verificare che sul sito di “*Amministrazione Trasparente*” ci sia il compiuto rispetto delle regole imposte dalla legge per tutti i dati pubblicati e ritenuti “sensibili”.

La collaborazione, che nel corso del 2020 è stata costante e proficua, ha portato al perfezionamento di alcuni modelli di dichiarazioni rese dai dipendenti ed all’adeguamento di alcune sezioni del sito.

La supervisione dell’RPD sul rispetto della normativa in materia di privacy ha aiutato a tenere sempre ben bilanciato il delicato rapporto tra trasparenza e privacy.

### **7.4 Accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato**

Il Consiglio di Amministrazione dell’Ente nella seduta dell’11/04/2018 ha adottato il “Regolamento concernente la disciplina dell’accesso civico semplice e generalizzato di cui all’art. 5, commi 1 e 2 del D.Lgs. n.33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016”.

In ottemperanza a quanto disposto dalla circolare della funzione pubblica n.2/2017 “*Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*” ed in linea con quanto indicato nella delibera ANAC 1309/2016 l’Ufficio Affari Generali, competente per la materia, ha assicurato il costante e completo aggiornamento del registro degli accessi e la sua pubblicazione con cadenza semestrale nell’apposita sezione del sito ISS “*Amministrazione Trasparente*”.



Nel corso dell'anno è stata regolare la tenuta del Registro e le istanze pervenute sono state tutte riscontrate.

## **8 MONITORAGGIO E CONTROLLI**

Nel corso del 2021 andrà definitivamente a regime il sistema di monitoraggio dell'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo di cui si è detto in precedenza.

Tale sistema di monitoraggio consentirà, attraverso una funzione appositamente creata, la redazione di un documento di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano nel quale si darà conto sia della reale applicazione delle misure di prevenzione adottate, sia della idoneità delle stesse, al fine di ridurre il rischio di corruzione.

Si provvederà inoltre ad effettuare controlli a campione sulla reale e concreta applicazione delle misure di contenimento indicate nella piattaforma, anche mediante richiesta di documentazione a supporto.

Resta inteso che il monitoraggio di cui al presente paragrafo sarà compiuto attraverso la collaborazione dei competenti Uffici Amministrativi, con particolare riguardo al rispetto delle norme in materia di autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, di verifica delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità, di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, di formazione di commissioni, assegnazione degli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, nonché di rispetto delle clausole previste nei patti di integrità.

Si proseguirà infine con il doveroso monitoraggio degli adempimenti in tema di trasparenza, in conformità con quanto disposto dal D.Lgs. 33/2013 e successive modifiche.



## 9 DISPOSIZIONI FINALI

L'aggiornamento del Piano verrà pubblicato sul sito web istituzionale nella sezione “*Amministrazione Trasparente*”.

Va rilevato – a tale proposito che si è provvederà all’inserimento dei dati relativi alla adozione del Piano nella piattaforma informatica messa a punto dall’ANAC (piattaforma *online* esistente sul sito dell’ANAC).

Tale strumento consente l’inserimento delle rilevazioni delle informazioni relative ai Piani e consente anche di predisporre la relazione annuale. La registrazione consentirà – altresì - anche di accedere al *forum* dei RPCT (che l’Autorità renderà disponibile a breve).

Il presente Piano Triennale, considerata la sua natura dinamica, sarà aggiornato qualora norme successive lo richiedano.

Con l’approvazione del presente Piano sono approvate tutte le misure ivi contenute.