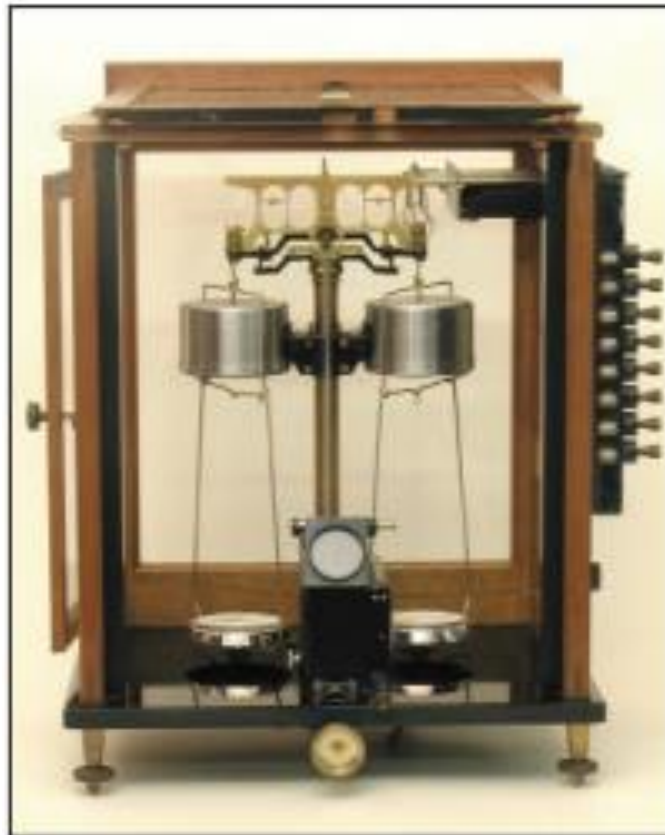




Istituto Superiore di Sanità

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE TRIENNIO 2026-2028



Sommario

INTRODUZIONE	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: MANDATO ISTITUZIONALE, MISSIONE	6
1.2 CONTESTO ESTERNO	7
1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	8
1.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA (ORGANIGRAMMA)	8
1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	11
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	16
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO	16
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE.....	32
2.2.2 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	49
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	53
2.3.1 PREMESSA	57
2.3.2 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	60
2.3.3 SOGGETTI COINVOLTI.....	62
2.3.4 IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	70
2.3.5 LE MISURE GENERALI	90
2.3.6 LE FASI TRASVERSALI DI CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE	140
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	141
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	141
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	143
3.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	145
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	156
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	164
4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	164
4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	167
SEZIONE 5 PIANO TRIENNALE AZIONI POSITIVE.....	170
5.1 PREMESSA	170
5.2 PROPOSTE DEL CUG	171

INTRODUZIONE

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 (d'ora in avanti **PIAO**) è stato redatto in attuazione di quanto previsto dall'art 6 comma 1 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con Legge 6 agosto 2021 n.113 ed ulteriormente modificato dall'art. 1 comma 12 del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228 (c.d. decreto "mille proroghe") convertito con Legge 25 febbraio 2022, n. 15.

È noto che il PIAO sia diventato il documento unico di programmazione e *governance* che dal 30 giugno 2022 assorbe i Piani di programmazione preesistenti che le pubbliche amministrazioni avevano l'obbligo di redigere, in particolare confluiscono nel PIAO il Piano dei fabbisogni, il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione, il Piano delle azioni positive, il Piano organizzativo del lavoro agile e il Piano della formazione.

A ciò si aggiunga da ultimo che:

- con D.M. n. 132 del 30/06/2022, è stato adottato il *"Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione"*, in cui è stato definito puntualmente il contenuto e le modalità redazionali del PIAO;
- con Nota circolare n. 2/2022, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha diramato ulteriori indicazioni operative in materia di PIAO;
- con Direttiva del 29/11/2023 del Ministero della Pubblica Amministrazione, sono state definite le azioni e le iniziative aventi ad oggetto il "superamento della violenza contro le donne";
- con D.Lgs. n. 222 del 13/12/2023 sono state adottate disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità;
- con Direttiva del 28 novembre 2023 il Ministero della Pubblica Amministrazione ha divulgato indicazioni operative in materia di "misurazione e valutazione della performance individuale";
- con Direttiva del 14 gennaio 2025 il Ministero della Pubblica Amministrazione ha divulgato una circolare avente ad oggetto la "valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti";
- con D.M. 30 ottobre 2025 il Ministro della Pubblica Amministrazione ha approvato le "Linee guida sul Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)" e i relativi Manuali operativi "Ministeri e altre pubbliche amministrazioni centrali", "Regioni", "Province" "Città metropolitane e Comuni".

Pertanto, ai sensi del citato D.M. n. 132/2022, si è provveduto alla redazione del presente documento, che, di conseguenza, si articola come segue:

- **Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione** nella quale, oltre al mandato

istituzionale, vengono illustrate le principali attività dell'ISS.

- **Sezione 2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione**, suddivisa nelle Sottosezioni: **“Valore Pubblico”**, nella quale sono esposti i principi ispiratori delle attività dell'Ente e la visione strategica per il medio e lungo periodo; **“Performance”**, nella quale sono esplicitati gli obiettivi strategici e operativi che l'ISS intende attuare; **“Rischi corruttivi e trasparenza”**, che riporta il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
- **Sezione 3. Organizzazione e capitale umano**, suddivisa nelle Sottosezioni: **“Struttura organizzativa”**, **“Organizzazione del lavoro agile”**, **“Piano triennale dei fabbisogni del personale”** e il **“Piano della formazione”**.
- **Sezione 4. Monitoraggio** nella quale sono stati indicati i soggetti, gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni precedenti.
- **Sezione 5. Piano delle Azioni Positive.**

Oltre al PIAO, l'Istituto, ai sensi di quanto disposto dal decreto legislativo n. 218/2016, deve redigere il Piano Triennale di Attività (PTA), che rappresenta il documento programmatico di carattere strategico e gestionale proprio degli enti pubblici di ricerca (EPR), aggiornato annualmente.

I due documenti di programmazione (PTA e PIAO) definiscono obiettivi che devono essere necessariamente concordanti nelle loro finalità e risorse, nonché concomitanti in termini di tempistiche da rispettare. Infatti, entrambi gli atti devono essere approvati secondo la medesima tempistica, ossia entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Sul punto, preme richiamare la nota del Dipartimento della Funzione Pubblica del 7 dicembre 2022 che, nel sottolineare la permanenza della specificità degli adempimenti relativi al PTA, ha auspicato un coordinamento normativo che vada in un'ottica di semplificazione e, pertanto, ha ritenuto coerente l'allineamento delle date di elaborazione dei documenti di programmazione (PTA e PIAO), facendo riferimento alla data stabilita dalla norma primaria, articolo 6, comma 1, del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, ovvero quella del 31 gennaio di ogni anno.

A riguardo, l'Istituto, in virtù delle indicazioni del Ministero della Salute, ha provveduto ad aggiornare, modificandolo, il Regolamento di amministrazione, finanza e contabilità, inserendo quindi, quale data utile entro la quale approvare il PTA, quella del 31 gennaio di ciascun anno.

La strategia del triennio 2026-2028 è stata configurata come il naturale proseguo delle linee di indirizzo contenute nel PTA e nel PIAO del precedente triennio, e tiene conto del

Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, così come aggiornato e modificato con deliberazione n. 1 allegata al verbale n. 24 della seduta del Consiglio di Amministrazione dell'11.04.2018 e, da ultimo, con disposizione commissariale n. 5 del 19 ottobre 2023. Al raggiungimento degli obiettivi contribuisce la fusione e la riorganizzazione di alcuni Centri e Servizi al fine di rendere l'Istituto più aderente alle nuove sfide in ambito di salute pubblica.

Il presente documento, definisce le linee strategiche dell'Istituto, stabilisce gli indirizzi generali dell'attività, determina obiettivi, priorità e le risorse necessarie per il periodo di programmazione, definisce i risultati scientifici e socio-economici attesi, nonché le correlate risorse di personale, strumentali e finanziarie previste per ciascuno dei programmi e progetti in cui è articolato.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Sede	Viale Regina Elena, 299 – CAP 00161 Roma
Ulteriore sede operativa	Via Giano della Bella, 34 – CAP 00161 Roma
Codice Fiscale	80211730587
Presidente	Prof. Rocco Domenico Alfonso BELLANTONE
Direttore Generale	Dott. Andrea PICCIOLI
Personale al 31.12.2025	- 1742 dipendenti a tempo indeterminato - 200 dipendenti a tempo determinato
Comparto di appartenenza	Enti Pubblici di Ricerca di cui al Decreto Legislativo 25 novembre 2016, n. 218
Regolamento di Organizzazione e Funzionamento	https://www.iss.it/-/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivita-1
Statuto	https://www.iss.it/-/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivita-1
PEC	protocollo.centrale@pec.iss.it

1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: MANDATO ISTITUZIONALE, MISSIONE

L'ISS è l'organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed Ente Pubblico di Ricerca (EPR) vigilato dal Ministero della Salute (DL.vo 218/2016) con autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile.

La missione e le funzioni dell'ISS sono definiti dagli art. 1 e 2 dello Statuto, approvato con Delibera n. 1 del Consiglio di Amministrazione del 26 luglio 2022. In particolare, l'art.1, comma 1, definisce l'ISS quale “organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale” che “persegue la tutela della salute pubblica, in particolare attraverso lo svolgimento delle funzioni di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione”.

L'ISS, che ha celebrato i 90 anni dalla fondazione il 21 aprile 2024, è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica e opera a tutela la salute pubblica, in supporto del Ministero della Salute, delle agenzie (AGENAS, AIFA), degli istituti nazionali (IRCCS, INMP, ecc.), delle Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano e dell'intero SSN, ma anche delle istituzioni nazionali (es. la Presidenza del Consiglio dei Ministri, i Ministeri, le diverse istituzioni, le Forze Armate, gli EPR, il sistema giudiziario, ecc.), per informare le politiche sanitarie attraverso la

produzione di evidenze scientifiche. Presso l'istituto lavorano circa 1800 dipendenti (ricercatori, tecnici e personale amministrativo), a cui si affiancano circa 200 unità di personale in formazione (nell'ambito di tirocini, dottorati e specializzazioni).

L'ISS svolge inoltre un ruolo essenziale come nodo per l'informazione e la divulgazione autorevole e scientificamente corretta, attraverso il sito istituzionale (www.iss.it), e le diverse serie di pubblicazioni, tra cui gli Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, disponibili gratuitamente sul sito dell'Istituto. Sono inoltre attivi canali di comunicazione dedicati ai cittadini, quali il portale ISSalute (www.issalute.it), il Museo, i telefoni verdi. Al sito istituzionale sono associati vari siti tematici, ai quali si aggiungono quello della piattaforma per la Formazione Continua per la Salute (www.eduiss.it).

1.2 CONTESTO ESTERNO

L'Istituto opera per la promozione e la tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso le numerose attività e collaborazioni con le istituzioni internazionali a partire dalla Commissione Europea (con le sue agenzie e articolazioni), la WHO e le relative articolazioni interne e agenzie, i principali organismi multilaterali, le università e le analoghe istituzioni tecnico-scientifiche di altri Paesi in raccordo con il MAECI.

Principali organizzazioni internazionali e multilaterali	
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECHA	European Chemicals Agency
EDQM	European Directorate for the Quality of Medicine and Health care
EFSA	European Food Safety Authority
EMA	European Medicines Agency
FAO	Food and Agriculture Organization
GEON	General European Official Medicines Control Laboratories Network
IANPHI	International Association of National Public Health Institutes
IARC	International Agency for Research on Cancer
IDLO	International Development Law Organization
IILA	Organizzazione Internazionale Italo-Latino Americana
OIE	Organizzazione Mondiale della Sanità Animale
PHACEE	Public Health Alliance - Central Eastern Europe
UNDP	United Nations Development Programme
UNEP	United Nations Environment Programme
WB	World Bank
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

1.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA (ORGANIGRAMMA)

L'organizzazione interna dell'Ente è rappresentata in sintesi nell'Organigramma ISS (sezione “Chi siamo”, <https://www.iss.it/organigramma>).

Il Presidente ha la rappresentanza legale dell'ISS e promuove lo sviluppo delle attività istituzionali, assicurandone l'unità di indirizzo.

Il Direttore Generale ha la responsabilità della gestione amministrativa dell'ISS e del governo delle risorse.

La Presidenza lavora in sinergia con la Direzione Generale; entrambe si avvalgono di strutture di supporto.

Sono ORGANI dell'Ente:

- il Presidente, che ha funzione di coordinamento complessivo dell'attività dell'Istituto e delle linee di sviluppo e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- il Consiglio di Amministrazione, che ha un ruolo di indirizzo amministrativo;
- il Comitato Scientifico, che ha un ruolo di indirizzo e il coordinamento dell'attività scientifica;
- il Collegio dei Revisori dei Conti, che vigila sull'osservanza delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie, e provvede agli altri compiti a esso demandati dalla normativa vigente, compreso il monitoraggio della spesa pubblica.

L'organizzazione interna prevede due aree:

➤ AREA OPERATIVA TECNICO-SCIENTIFICA

articolata in 6 Dipartimenti, 11 Centri nazionali, 2 Centri di riferimento, 4 Servizi tecnicospettivi. I Dipartimenti e i Centri sono organizzati in reparti. L'articolazione delle strutture tiene conto della integrazione del Centro Sostanze Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione Consumatore nel Dipartimento di Ambiente e Salute, deliberata nella seduta del Consiglio di Amministrazione dell'11/12/2025.

Presso l'Istituto operano inoltre:

- L'Organismo Notificato (ON373), che effettua valutazione della conformità di dispositivi medici e di dispositivi medico-diagnostici in vitro, anche mediante attività ispettiva, ai fini del rilascio delle certificazioni CE previste dalla normativa europea cogente per gli specifici settori;
- Il Centro Nazionale Trapianti (CNT), istituito dalla Legge 91/1999;
- Il Centro Nazionale Sangue (CNS), istituito con DM Salute del 26/4/2007;
- Il Centro Nazionale per la Sicurezza delle Acque (Censia), istituito nel marzo 2023, in adempimento a quanto disposto, in attuazione della Legge 127/2022, dal DL.vo 18/2023, recepimento della Direttiva (UE) 2020/2184

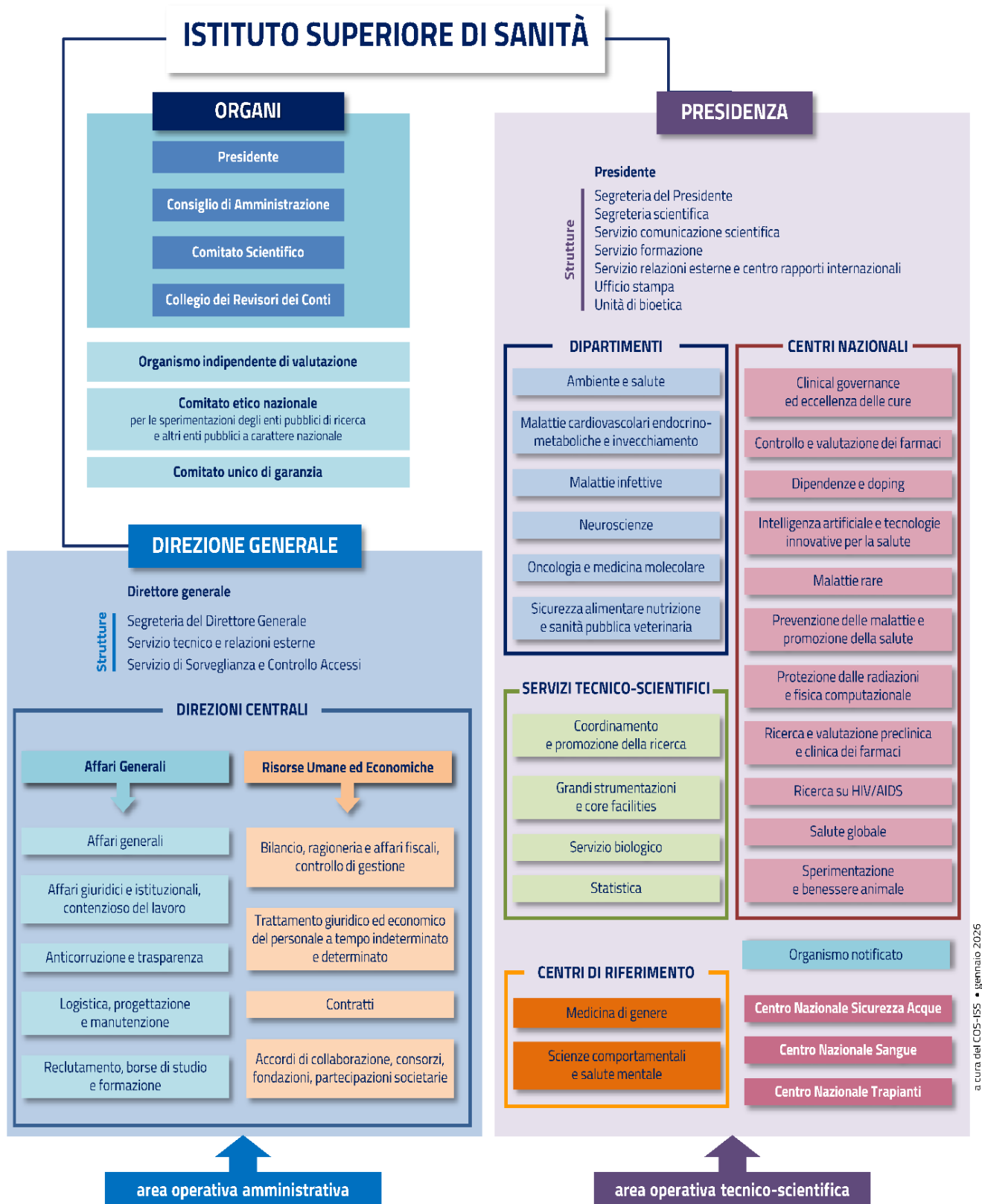
➤ AREA OPERATIVA AMMINISTRATIVA

Articolata in due strutture di livello dirigenziale generale: la Direzione centrale degli affari generali e la Direzione centrale delle risorse umane ed economiche. Le Direzioni centrali sono organizzate in Uffici di livello dirigenziale non centrale.

Presso l'Ente sono istituiti:

- Comitato Etico Nazionale per le sperimentazioni degli EPR e altri enti pubblici a carattere nazionale (CEN), istituito presso l'ISS con DM Salute 1/2/2022, ai sensi della Legge 3/2018 (art. 2, comma 9);
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che esercita le attribuzioni di cui all'art. 14 del DL.vo 150/2009 e successive modificazioni;

Comitato Unico di Garanzia (CUG), nominato per la prima volta con Decreto del Direttore Generale 129/2019, sostituendo il Comitato Pari Opportunità e il Comitato di contrasto al mobbing, e rinnovato con Decreto del Direttore Generale 14/2024.



1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

1.3.2.1 RISORSE UMANE (PRESENTI IN SERVIZIO)

SITUAZIONE DEL PERSONALE ISS IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2025

PROFILO PROFESSIONALE	livello	UNITÀ a TI		UNITÀ a TD
DIRIGENTE DI RICERCA	I	105	825	4
PRIMO RICERCATORE	II	425		1
RICERCATORE	III	295		108
DIRIGENTE TECNOLOGO	I	18	160	2
PRIMO TECNOLOGO	II	34		1
TECNOLOGO	III	108		28
DIRIGENTE I^ FASCIA		2	11	
DIRIGENTE II^ FASCIA		9		
FUNZIONARIO DI AMMINISTRAZIONE	IV	31	63	3
	V	32		
COLLABORATORE TECNICO ENTI DI RICERCA	IV	201	485	33
	V	152		
	VI	132		
COLLABORATORE DI AMMINISTRAZIONE	22	67	90	6
	VI	22		
	VII	1		
OPERATORE TECNICO ENTI DI RICERCA	VI	39	108	
	VII	44		
	VIII	25		
DIRETTORE GENERALE ISS, Direttore CNT e Direttore CNS				3
DIRIGENTE <i>ex art.15 septies</i> *				11
TOTALE		1742		200

* Unità reclutate da CNT e CNS (giusta art. 19 bis, co. 5 del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'ISS)

1.3.2.2 RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE

La programmazione delle risorse economico-finanziarie dell'Istituto Superiore di Sanità per l'esercizio 2026 si fonda sul principio di integrazione tra pianificazione finanziaria e pianificazione strategico-operativa, in coerenza con il quadro normativo vigente e con le finalità del Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Il Bilancio di previsione 2026 costituisce, in tale prospettiva, lo strumento attraverso cui gli indirizzi strategici dell'Ente e gli obiettivi di performance trovano concreta traduzione in termini di allocazione delle risorse, garantendo la sostenibilità finanziaria delle politiche e delle azioni programmate.

Le risorse finanziarie dell'Istituto Superiore di Sanità sono allocate secondo l'articolazione per missioni e programmi, in linea con quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 91/2011 e dal DPCM del 12 dicembre 2012. La classificazione per missioni e programmi consente di rendere esplicito il collegamento tra impiego delle risorse e finalità istituzionali, assicurando una lettura integrata delle scelte finanziarie e degli obiettivi strategici dell'Istituto.

Allegato 6 al D.M 1 Ottobre 2013 -art. 8 - PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLE SPESE PER MISSIONI E PROGRAMMI

Denominazione	Esercizio Finanziario 2026	
	Previsione di Competenza	Previsione di cassa
Missione codice 17 - Ricerca e Innovazione		
0.01 Programma Ricerca per il settore della sanità pubblica COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	130.872.428	184.491.737
Totale Missione 17	130.872.428	184.491.737
Missione codice 20 - Tutela della salute		
0.01 Programma Prevenzione e promozione della salute umana COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	175.322.758	247.046.024
Totale Missione 20	175.322.758	247.046.024
Missione codice 32 - Servizi Istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche		
002 Programma - Indirizzo Politico COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	601.810	841.569
003 Programma -Servizi e affari generali per le Amministrazioni di competenza COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	20.822.619	29.118.300
Totale Missione 32	21.424.429	29.959.869
Missione codice 33 - Fondi da ripartire		
001 Programma Fondi di riserva e speciali COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	110.000	110.000
002 Programma Fondi da assegnare COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	732.869	732.869
Totale Missione 33	842.869	842.869
Missione codice 90 - Debiti da finanziamento dell'amministrazione		
001 Programma Rimborso prestiti COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	1.190.589	1.785.884
Totale Missione 90	1.190.589	1.785.884
Missione codice 99 - Servizi per Conto Terzi e Partite di giro		
99.1 Programma Servizi conto terzi e partite di giro COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	363.310.000	363.369.692
Totale Missione 99	363.310.000	363.369.692
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	692.963.074	827.496.075

La ripartizione delle risorse finanziarie per l'esercizio 2026 evidenzia come la programmazione economico-finanziaria dell'Istituto sia fortemente orientata al sostegno delle proprie missioni istituzionali. In particolare, dal prospetto riepilogativo delle spese per missioni e programmi, redatto ai sensi dell'Allegato 6 al D.M. 1° ottobre 2013, art. 8, emerge che una quota significativa delle risorse è destinata alle missioni Ricerca e Innovazione e Tutela della salute, che rappresentano i principali ambiti di intervento dell'Ente e costituiscono il fulcro degli obiettivi strategici e di performance delineati nel PIAO.

La Missione 17 – Ricerca e Innovazione, attraverso il Programma “Ricerca per il settore della sanità pubblica”, concentra risorse finalizzate allo sviluppo delle attività di ricerca scientifica, al rafforzamento delle competenze tecnico-scientifiche e al sostegno dei progetti di ricerca di rilevanza nazionale e internazionale. Tale allocazione conferma il ruolo centrale della ricerca quale leva strategica per la produzione di evidenze scientifiche, il supporto alle politiche sanitarie e la generazione di valore pubblico, in coerenza con gli obiettivi di performance dell'Ente orientati all'innovazione, alla qualità della ricerca e alla valorizzazione del capitale umano.

La Missione 20 – Tutela della salute, attraverso il Programma “Prevenzione e promozione della salute umana”, rappresenta l'altro asse portante della programmazione finanziaria e riflette l'impegno dell'Istituto nelle attività di prevenzione, sorveglianza, controllo e supporto alla salute pubblica. Le risorse allocate a tale missione risultano funzionali al perseguimento degli obiettivi di performance connessi al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e sorveglianza, alla promozione della salute e alla capacità di risposta a emergenze sanitarie, assicurando una diretta corrispondenza tra mezzi finanziari e risultati attesi.

Accanto alle missioni a diretto contenuto istituzionale, la Missione 32 – Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche garantisce il funzionamento complessivo dell'Ente e il supporto organizzativo, amministrativo e gestionale alle strutture tecnico-scientifiche. Le risorse destinate a tale missione consentono di assicurare l'efficacia dei processi interni e la continuità operativa, costituendo un fattore abilitante per il raggiungimento degli obiettivi di performance trasversali e per l'attuazione delle strategie dell'Istituto.

Nel loro insieme, le missioni e i programmi del bilancio 2026 racchiudono in modo coerente gli ambiti di azione descritti nella performance dell'Ente e rendono esplicito il legame tra allocazione delle risorse, obiettivi strategici e risultati attesi.

In tale quadro, il Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio assume un ruolo centrale quale strumento di raccordo tra la dimensione finanziaria e il ciclo della performance, consentendo di monitorare in modo sistematico l'efficacia dell'impiego delle risorse in relazione ai risultati attesi e

agli obiettivi programmati. Il Piano degli indicatori rappresenta infatti un elemento essenziale di integrazione tra bilancio e programmazione strategica, in quanto consente di leggere le scelte di allocazione delle risorse non soltanto sotto il profilo contabile, ma anche in termini di contributo al raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico dell'Ente.

Gli indicatori di bilancio non sono pertanto utilizzati esclusivamente come strumenti di rendicontazione finanziaria, ma assumono una funzione attiva di misurazione della capacità dell'Istituto di trasformare le risorse economiche disponibili in risultati concreti, misurabili e coerenti con le priorità strategiche definite nel PIAO. In questo senso, il Piano degli indicatori consente di valutare il grado di allineamento tra risorse stanziare, attività realizzate e risultati conseguiti, rafforzando la trasparenza e la responsabilità gestionale.

Tra gli indicatori maggiormente rappresentativi di tale integrazione si colloca, ad esempio, l'Indicatore di incidenza della spesa in Ricerca e Innovazione, che misura la quota di risorse complessivamente destinate alla Missione "Ricerca e Innovazione" rispetto al totale della spesa dell'Ente, evidenziando l'impegno finanziario a sostegno della missione scientifica e il contributo delle politiche di bilancio agli obiettivi di performance orientati allo sviluppo e alla qualità della ricerca.

In tale contesto si colloca, in modo complementare, l'indicatore di promozione dei giovani nella ricerca, che misura l'investimento dell'Ente nella formazione avanzata attraverso la spesa destinata a borse di studio e dottorati. L'andamento di tale indicatore evidenzia, nella previsione 2026, risorse complessive pari a 5,4 milioni di euro destinate al sostegno dei borsisti e dottorandi, confermando l'attenzione dell'Istituto verso il rafforzamento del capitale umano.

Analogamente, l'indicatore di internazionalizzazione delle attività consente di monitorare la capacità dell'Istituto di attrarre e gestire risorse connesse a progetti e collaborazioni europee e internazionali, in coerenza con gli obiettivi di rafforzamento del posizionamento dell'ISS nel panorama scientifico internazionale. In particolare, come da rendiconto generale dell'annualità 2024 le entrate derivanti da finanziamenti europei e internazionali hanno superato i 15,3 milioni di euro, a fronte di un totale delle entrate da finanziamenti pari a circa 32,9 milioni di euro. Tale rapporto evidenzia come una quota prossima al 46,8% delle risorse complessivamente acquisite dall'Istituto attraverso finanziamenti sia riconducibile ad attività svolte in ambito europeo e internazionale, confermando il rafforzamento strutturale della dimensione internazionale della ricerca e delle collaborazioni scientifiche dell'Ente.

Ulteriori indicatori, quali l'indicatore di sviluppo delle attività di controllo e regolazione, consentono di misurare l'efficacia dell'impiego delle risorse finanziarie destinate alle funzioni regolatorie e di controllo svolte dall'Istituto, mettendo in evidenza il collegamento diretto tra le risorse allocate e il

conseguimento dell'obiettivo di valore pubblico e dell'obiettivo di performance annuale dell'Ente connessi al supporto alla tutela della salute pubblica attraverso l'attività regolatoria. In questo ambito, l'indicatore evidenzia nel tempo un'incidenza stabile delle attività di controllo e regolazione sulle entrate correnti in autonomia finanziaria, attestandosi su un valore prossimo al 9,6%, a conferma della rilevanza strutturale di tali funzioni nell'azione istituzionale dell'ISS.

Nel loro insieme, tali indicatori rafforzano il ruolo del Piano degli indicatori come strumento operativo di integrazione tra bilancio e performance, consentendo un monitoraggio continuo dell'efficacia, dell'efficienza e della coerenza dell'azione amministrativa rispetto agli obiettivi strategici e ai risultati di valore pubblico che l'Istituto intende conseguire.

La coerenza tra Bilancio di previsione e PIAO è ulteriormente rafforzata dall'integrazione con i sistemi di controllo di gestione e di monitoraggio degli scostamenti, che consentono di verificare in corso d'anno l'andamento della gestione e di intervenire tempestivamente in caso di criticità. In questo senso, le risorse economico-finanziarie non rappresentano un mero vincolo all'azione amministrativa, ma costituiscono un fattore abilitante per l'attuazione delle strategie dell'Istituto e per il miglioramento continuo delle performance istituzionali.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO

La produzione di valore pubblico nell'ambito dell'attività svolta da un ente di ricerca si concretizza nel contributo offerto dall'Ente nella promozione della salute pubblica, nella produzione e diffusione della conoscenza scientifica, nella formazione specifica del personale, in un'ottica di servizio pubblico essenziale e di crescita sostenibile del Paese. In tal senso, l'Istituto opera quotidianamente per assicurare un impatto tangibile sulla collettività, traducendo la propria missione in risultati misurabili, attraverso attività di ricerca, monitoraggio e supporto tecnico ai decisori pubblici, perseguendo al contempo la qualità e l'efficienza dei processi organizzativi interni.

In coerenza con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, l'Istituto contribuisce attivamente al raggiungimento di diversi traguardi globali, in particolare quelli relativi alla salute e al benessere (SDG 3), all'istruzione di qualità (SDG 4), alla parità di genere (SDG 5), all'innovazione e alle infrastrutture (SDG 9), alle città e comunità sostenibili (SDG 11), all'azione per il clima (SDG 13) e al rafforzamento delle istituzioni solide e trasparenti (SDG 16). Tale allineamento con l'agenda internazionale testimonia l'impegno dell'ISS nel garantire coerenza tra le proprie funzioni e le grandi sfide globali della salute pubblica, dell'equità sociale e della sostenibilità ambientale.

L'approccio adottato dall'Istituto nella definizione e nella misurazione del valore pubblico si fonda su una visione multidimensionale e integrata, che riconosce la complessità delle missioni affidate a un ente pubblico di ricerca con funzioni tecnico-scientifiche di rilievo nazionale. In tale prospettiva, il valore pubblico non si esaurisce nei risultati scientifici o nelle attività di ricerca, ma si estende alla capacità dell'Ente di generare impatti sistemici — istituzionali, organizzativi e relazionali — che concorrono congiuntamente al miglioramento della salute, della conoscenza e della fiducia collettiva. Le principali dimensioni attraverso cui l'Istituto declina e realizza il proprio contributo al valore pubblico sono sintetizzate nel seguente schema concettuale.

Dimensione	CONTRIBUTO ALLA CREAZIONE DI VALORE PUBBLICO
Valore SCIENTIFICO	È generato dalla produzione di conoscenze, dall'innovazione metodologica e tecnologica e dal trasferimento dei risultati della ricerca a beneficio della salute pubblica.
Valore ISTITUZIONALE	Si manifesta nella capacità dell'Ente di orientare e supportare le politiche sanitarie nazionali e internazionali, offrendo competenze tecnico-scientifiche e contribuendo alla qualità regolatoria del sistema.
Valore ORGANIZZATIVO	È fondato sull'efficienza dei processi interni, sull'integrazione dei sistemi informativi, sull'innovazione digitale e sulla valorizzazione delle competenze del personale come principale leva di performance.
Valore RELAZIONALE	Deriva dalla costruzione di reti di collaborazione con cittadini, comunità scientifica, università, amministrazioni territoriali e organismi internazionali, in un dialogo trasparente orientato alla fiducia e alla diffusione della cultura scientifica.



L'Istituto fonda la propria azione su sei ambiti di intervento strettamente connessi – ricerca, monitoraggio, regolazione, comunicazione, formazione e organizzazione – che insieme rappresentano la struttura portante attraverso cui si realizza la missione di servizio pubblico. L'integrazione di tali ambiti consente all'Ente di affrontare le sfide sanitarie emergenti con un approccio globale e coordinato, capace di combinare la raccolta e l'analisi dei dati, la produzione di evidenze scientifiche, il trasferimento delle conoscenze e la loro applicazione

operativa nei processi decisionali. In questo quadro, l'Intelligenza Artificiale assume un ruolo centrale non solo come infrastruttura, ma anche come approccio metodologico abilitante per lo sviluppo di iniziative rivolte alla sanità pubblica in grado di valorizzare grandi volumi di dati eterogenei, migliorare la capacità predittiva dei sistemi di sorveglianza, supportare la valutazione delle tecnologie sanitarie e rafforzare la sostenibilità complessiva del Servizio Sanitario Nazionale. L'ISS individua, infatti, nell'IA uno strumento strategico per rendere operativa la visione One Health,

consentendo l'integrazione sistematica di informazioni cliniche, epidemiologiche, ambientali e sociali e favorendo una lettura unitaria dei determinanti di salute.

Inoltre, le attività dell'Ente si collocano in piena coerenza con le linee strategiche dell'Unione Europea in materia di dati sanitari e trasformazione digitale. Il nuovo ecosistema europeo dei dati sanitari promuove infatti l'accesso sicuro e regolato ai dati, l'interoperabilità dei sistemi informativi, il miglioramento della qualità del dato e il suo riutilizzo secondario per finalità di ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie. In tale contesto, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un percorso strutturato di rafforzamento delle proprie capacità tecniche, metodologiche e organizzative finalizzato all'assunzione del ruolo di Organismo Responsabile dell'Accesso ai Dati Sanitari nell'ambito del regolamento europeo sullo European Health Data Space.

In questa prospettiva, l'Istituto intende valorizzare il proprio ruolo di data holder e di hub metodologico nazionale attraverso la partecipazione a iniziative europee dedicate alla qualità e all'etichettatura dei dati, allo sviluppo di cataloghi nazionali dei dataset e alla sperimentazione di modelli avanzati di accesso ai dati a supporto della ricerca, della sanità pubblica e delle politiche sanitarie.

Parallelamente, la dimensione internazionale rappresenta un asse strategico trasversale dell'azione dell'Ente. In qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, l'ISS opera come interlocutore autorevole nei contesti multilaterali e bilaterali, contribuendo alla definizione di standard, quali: linee guida e buone pratiche in materia di sanità pubblica, ricerca e innovazione. Il rafforzamento delle collaborazioni internazionali consente all'Istituto di partecipare a reti di competenze avanzate, infrastrutture di ricerca condivise e opportunità di finanziamento, favorendo al contempo lo scambio di dati e conoscenze in un'ottica di sicurezza sanitaria globale. Nel loro insieme, queste linee di azione concorrono a rafforzare il ruolo dell'ISS come nodo centrale dell'ecosistema nazionale ed europeo dei dati sanitari, capace di integrare innovazione tecnologica, valutazione scientifica e cooperazione internazionale in una visione unitaria orientata alla creazione di valore pubblico e al miglioramento della salute dei cittadini. Tali linee, definite all'interno del Piano Triennale delle Attività 2026-2028, vengono declinate in obiettivi e indicatori all'interno del presente documento.

Il concetto di valore pubblico si lega inoltre alla dimensione organizzativa e gestionale dell'Ente, che nel periodo 2026-2028 sarà ulteriormente rafforzata anche grazie all'attuazione della Riforma PNRR 1.15, volta all'adozione di un sistema contabile economico-patrimoniale e alla piena implementazione della contabilità analitica. Tale riforma, oltre a migliorare la trasparenza e la leggibilità dei dati, consentirà di associare in modo più preciso le risorse impiegate ai risultati

conseguiti, favorendo una misurazione più puntuale dell'efficienza e dell'efficacia delle azioni istituzionali e rafforzando il legame tra pianificazione, programmazione e rendicontazione.

Nel nuovo ciclo di programmazione, l'Istituto consolida la partecipazione al progetto istituzionale promosso da ISTAT in collaborazione con il Centro di Ricerca sul Valore Pubblico (CERVAP), finalizzato a definire un set condiviso di indicatori di valore pubblico per gli Enti Pubblici di Ricerca (EPR). Tale iniziativa, avviata nel precedente triennio e coordinata dal Tavolo Performance della Conferenza permanente dei Direttori Generali degli EPR (CODIGER), mira a promuovere l'armonizzazione metodologica e la comparabilità delle metriche di misurazione tra i diversi enti, rafforzando la trasparenza e la qualità delle valutazioni. L'Istituto, nel triennio 2026-2028, prosegue in questo percorso di allineamento, integrando progressivamente le nuove metriche condivise con gli indicatori già adottati negli anni precedenti, al fine di garantire continuità, coerenza e tracciabilità delle proprie performance. Questo approccio consente di mantenere una prospettiva evolutiva, in cui la misurazione del valore pubblico non è solo un adempimento normativo, ma uno strumento di governo e di accountability, capace di orientare le decisioni, migliorare la gestione e valorizzare i risultati conseguiti.

Un elemento qualificante di questa evoluzione è rappresentato dall'impegno costante di operare un coinvolgimento attivo degli stakeholder, interni ed esterni, nei processi di valutazione dell'attività svolta. L'Istituto infatti considera il dialogo con la comunità scientifica, i cittadini, le istituzioni e il personale interno come una componente essenziale della generazione di valore pubblico. In questa prospettiva si colloca la valutazione partecipativa avviata dall'Istituto, con particolare riferimento ai percorsi formativi dei dottorandi in formazione, che costituisce un'esperienza innovativa di ascolto. Tale iniziativa, attuata in coerenza con l'art. 7 del D.Lgs. 150/2009 e con l'Obiettivo 1.4 del PIAO 2025-2027, sarà ulteriormente consolidata nel nuovo triennio, contribuendo a rafforzare il ciclo della performance e a migliorare la qualità dei servizi formativi e di supporto alla ricerca.

In sintesi, la programmazione del valore pubblico dell'Istituto Superiore di Sanità per il triennio 2026-2028 si configura come un processo organico e integrato che coniuga dimensione scientifica, gestionale e relazionale, in una prospettiva orientata alla sostenibilità e all'impatto. Attraverso la combinazione di competenze scientifiche, capacità organizzativa, innovazione tecnologica e partecipazione attiva degli stakeholder, l'ISS conferma il proprio impegno nel generare valore per la collettività, rafforzando il sistema della ricerca pubblica e contribuendo alla costruzione di un modello di sanità più equo, resiliente e basato sull'evidenza scientifica.

RICERCA

La ricerca rappresenta sicuramente il principale motore di generazione di valore pubblico per l'Istituto Superiore di Sanità, in quanto consente di produrre conoscenze, metodi e soluzioni scientifiche in grado di orientare le politiche di sanità pubblica e di contribuire in modo strutturale al miglioramento della salute della popolazione. Nel triennio 2026–2028, l'ISS consolida una visione scientifica fondata sull'approccio One Health, riconoscendo l'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale come presupposto imprescindibile per affrontare la complessità delle sfide sanitarie emergenti e per superare una logica settoriale a favore di un modello integrato di tutela della salute. In questa prospettiva, la ricerca non è intesa come un'attività fine a sé stessa, ma come una funzione strategica orientata alla produzione di evidenze affidabili, alla loro diffusione e al loro utilizzo nei processi decisionali pubblici, rafforzando la fiducia nella scienza e nella capacità delle istituzioni di rispondere in modo informato e tempestivo ai bisogni collettivi.

La visione si traduce operativamente in una catena di creazione del valore che parte dagli input necessari allo svolgimento delle attività di ricerca. Tali input comprendono, in primo luogo, il capitale umano rappresentato dai ricercatori, dai tecnologi e dal personale di supporto, nonché le risorse finanziarie destinate alla ricerca e alle infrastrutture. Su questa base si innestano le attività di ricerca e sviluppo, che includono il coordinamento e la realizzazione di progetti di ricerca, la conduzione di studi e sperimentazioni, la partecipazione a reti scientifiche, nonché la produzione e la diffusione dei risultati attraverso pubblicazioni scientifiche, anche in modalità open access. Tali attività costituiscono il cuore operativo della funzione di ricerca e rappresentano il passaggio attraverso cui la visione strategica dell'Ente viene tradotta in azioni concrete e misurabili.

Gli output generati da questo insieme di attività si concretizzano nella produzione di evidenze scientifiche, pubblicazioni, risultati di ricerca e, più in generale, in conoscenze validate che possono essere utilizzate per supportare le politiche di sanità pubblica, i programmi di prevenzione e le decisioni del Servizio Sanitario Nazionale. Questi output si rivolgono a una pluralità di stakeholder, che comprendono la comunità scientifica, le istituzioni, gli enti e le agenzie nazionali e internazionali, nonché i ricercatori dell'ISS stesso, che partecipano attivamente ai processi di produzione e circolazione della conoscenza. Il coinvolgimento di tali stakeholder è parte integrante della catena del valore, in quanto consente di ampliare la rilevanza e l'impatto della ricerca, favorendo la condivisione delle competenze, il confronto scientifico e l'allineamento con le priorità di salute pubblica a livello nazionale e globale.

Attraverso questo percorso, gli output della ricerca contribuiscono al raggiungimento degli outcome di valore pubblico, che si esprimono nell'avanzamento complessivo della conoscenza scientifica, nel rafforzamento di politiche sanitarie basate sull'evidenza e nella crescita della fiducia dei cittadini nella scienza e nelle istituzioni. La ricerca dell'ISS diventa così uno strumento essenziale per migliorare la qualità delle decisioni pubbliche, per orientare gli interventi di prevenzione e per supportare una governance sanitaria sempre più informata e responsabile.

Nel loro insieme, tali outcome generano benefici che si manifestano sia in forma diretta sia in forma indiretta. In modo non esaustivo, la ricerca contribuisce a rafforzare la capacità di innovazione del sistema sanitario, a migliorare la qualità complessiva della produzione scientifica e a sostenere il posizionamento dell'Istituto all'interno dei principali network nazionali ed europei della ricerca. Al tempo stesso, essa favorisce una crescita culturale e scientifica più ampia, incidendo sulla qualità della governance sanitaria e sulla capacità del sistema Paese di affrontare le sfide presenti e future in ambito di salute pubblica. In questa logica, il valore pubblico generato dalla ricerca dell'ISS si configura come un processo continuo e cumulativo, che nasce dalla visione strategica dell'Ente, si sviluppa attraverso l'azione scientifica e organizzativa e si traduce in benefici diffusi per il Servizio Sanitario Nazionale, per i cittadini e per la collettività nel suo complesso.

Il seguente obiettivo di valore pubblico costituisce il riferimento strategico attraverso cui l'Ente misura e valuta, nel triennio 2026–2028, il contributo della ricerca scientifica nella tutela della salute collettiva e nella creazione di valore per la comunità:

Obiettivo di Valore Pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Descrizione
Accrescere il patrimonio della conoscenza scientifica	N° prodotti della ricerca scientifica realizzati / n° personale dedicato alla ricerca	>= triennio precedente	DB Pubblicazioni	L'indicatore misura la capacità dell'Ente di produrre nuova conoscenza scientifica in relazione al personale dedicato alla ricerca. Attraverso le competenze di ricercatori e tecnologi, l'Istituto contribuisce allo sviluppo di evidenze scientifiche utili a orientare le politiche di sanità pubblica e a migliorare la tutela della salute collettiva
	N° nuove collaborazioni internazionali con enti e istituzioni pubbliche e private a carattere scientifico e di sanità pubblica	Almeno due nuove collaborazioni internazionali	Documentazione interna ISS	L'indicatore rileva la capacità dell'Istituto di ampliare e rafforzare la propria rete di collaborazioni scientifiche a livello internazionale. Tali collaborazioni favoriscono lo scambio di competenze, l'accesso a infrastrutture e progetti condivisi e contribuiscono a rafforzare il ruolo dell'ISS nel contesto della ricerca e della sanità pubblica a livello globale.

MONITORAGGIO

Anche l'attività di monitoraggio costituisce una delle funzioni essenziali dell'azione istituzionale dell'Istituto Superiore di Sanità, in quanto consente di osservare in modo continuo e strutturato l'evoluzione dei fenomeni sanitari e ambientali e di supportare le decisioni pubbliche lungo tutto il ciclo delle politiche di salute. Attraverso la raccolta, l'analisi e l'interpretazione sistematica dei dati sanitari e ambientali, l'ISS fornisce evidenze scientifiche essenziali per la programmazione, la valutazione e l'orientamento delle politiche pubbliche di salute, contribuendo a rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di prevenire i rischi, gestire le emergenze e rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione. Nel triennio 2026–2028, l'Istituto consolida e rafforza il proprio ruolo di riferimento nazionale nei sistemi di sorveglianza epidemiologica e nei registri di salute, promuovendo un approccio integrato e sempre più orientato alla previsione e alla tempestività dell'intervento, in coerenza con il paradigma One Health. In tale quadro, il monitoraggio non è inteso come una mera attività di raccolta dati, ma come una funzione strategica capace di trasformare informazioni complesse in conoscenze utili a supporto delle decisioni pubbliche e della governance sanitaria.

La visione del monitoraggio come leva di valore pubblico si traduce operativamente in una catena di creazione del valore che prende avvio dagli input necessari allo svolgimento delle attività. Questi includono le unità di personale tecnico-scientifico specializzato, i sistemi informativi sanitari nazionali e regionali, le reti sentinella e le piattaforme digitali che consentono la raccolta strutturata e continuativa dei dati, collocate presso le varie strutture distribuite su tutto il territorio nazionale. Su tali basi si sviluppano le attività di monitoraggio, che comprendono la raccolta, la validazione e l'analisi dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza e dai registri di salute, l'elaborazione di modelli predittivi e l'erogazione di supporto tecnico-scientifico al Ministero della Salute e alle Regioni. Tali attività rappresentano il nucleo operativo attraverso cui l'ISS trasforma la missione istituzionale in azione concreta, assicurando la qualità, l'affidabilità e la comparabilità delle informazioni utilizzate nei processi decisionali.

Gli output generati da questo insieme di attività si concretizzano nella produzione di report epidemiologici, bollettini di sorveglianza, dashboard interattive, analisi predittive e raccomandazioni tecnico-scientifiche. Questi strumenti costituiscono il principale canale attraverso cui le evidenze prodotte dall'ISS vengono messe a disposizione degli stakeholder e integrate nei processi di programmazione e gestione della sanità pubblica. I principali destinatari di tali output sono il

Ministero della Salute e le Regioni che beneficiano di informazioni tempestive, affidabili e comprensibili per orientare le decisioni, pianificare gli interventi e rafforzare le capacità di risposta ai rischi sanitari.

Attraverso questo percorso, gli output del monitoraggio contribuiscono al raggiungimento degli outcome di valore pubblico, che si esprimono in una maggiore capacità di prevenzione e di risposta alle emergenze sanitarie, nonché in un orientamento sempre più evidence-based delle politiche di salute. La disponibilità di dati di qualità e di analisi avanzate consente infatti di anticipare i rischi emergenti, valutare l'efficacia delle misure adottate e supportare decisioni tempestive e informate, rafforzando il ruolo dell'ISS come snodo centrale del sistema di sanità pubblica nazionale.

Nel loro insieme, gli outcome generati dalle attività di monitoraggio contribuiscono a rafforzare in modo strutturale la capacità del sistema sanitario di comprendere e governare la complessità dei fenomeni di salute pubblica. La disponibilità di informazioni solide e tempestive, integrate con analisi e interpretazioni scientificamente fondate, consente di migliorare la qualità dei processi decisionali, di sostenere interventi più mirati e di accompagnare l'evoluzione delle politiche sanitarie in un'ottica di prevenzione, sicurezza e continuità. In questa prospettiva, il monitoraggio si configura come un processo continuo e integrato, capace di generare valore pubblico nel tempo, sostenendo una governance sanitaria più informata, equa ed efficace contribuendo in modo sostanziale alla tutela della salute collettiva nel presente e nel futuro.

Il seguente obiettivo di valore pubblico costituisce il riferimento strategico attraverso cui l'Ente misura e valuta, nel triennio 2026–2028, il contributo delle attività di monitoraggio alla tutela della salute collettiva e alla creazione di valore per la comunità:

Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Descrizione
Garantire il monitoraggio continuo e sistematico dei dati, al fine di consentire una valutazione tempestiva e accurata degli interventi attuati nel settore della sanità pubblica	N° di report di monitoraggio elaborati e diffusi in modo tempestivo a supporto dell'Amministrazione Centrale dello Stato	Almeno un Report prodotto sul 100% dei sistemi di sorveglianza e dei Registri di patologia	Sistemi di Sorveglianza e Registri	L'obiettivo mira a garantire un presidio costante e strutturato dei fenomeni rilevanti per la sanità pubblica. A tal fine, l'Istituto rafforza le attività di monitoraggio e analisi dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza e dai registri, traducendoli in report tempestivi e affidabili a supporto delle Amministrazioni Centrali dello Stato con particolare riferimento al Ministero della Salute.

REGOLAZIONE

L'attività di regolazione svolta dall'Istituto Superiore di Sanità rappresenta una componente strategica attraverso cui l'Ente contribuisce in modo determinante alla tutela della salute pubblica e alla sicurezza sanitaria del Paese. Nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali, l'ISS opera come punto di riferimento tecnico-scientifico per la regolamentazione, la valutazione e il controllo dei prodotti e delle tecnologie sanitarie, assicurando che l'immissione e la permanenza sul mercato avvengano nel rispetto di elevati standard di qualità, sicurezza, efficacia e conformità. In questa prospettiva, la regolazione non è intesa come un insieme di adempimenti formali, ma come una funzione essenziale di garanzia per i cittadini e per il sistema sanitario, capace di tradurre il progresso scientifico e tecnologico in applicazioni sicure, controllate e affidabili.

Nel triennio 2026–2028, l'Istituto rafforza ulteriormente il proprio ruolo nelle attività di valutazione del rischio, validazione analitica contribuendo a una gestione responsabile e basata sull'evidenza dei prodotti farmaceutici, alimentari, cosmetici, diagnostici e delle sostanze chimiche. Tale funzione si inserisce in un contesto caratterizzato da una crescente complessità normativa e tecnologica, che richiede competenze altamente specialistiche, capacità di aggiornamento continuo e un dialogo costante con le autorità regolatorie nazionali ed europee. In questo quadro, l'ISS collabora in modo strutturato con i principali organismi regolatori, tra cui AIFA, EFSA ed EMA, favorendo l'armonizzazione normativa e contribuendo alla produzione di pareri scientifici, valutazioni tecniche e linee guida che orientano le decisioni di policy e rafforzano la fiducia della popolazione nei prodotti regolamentati.

La visione della regolazione come leva di valore pubblico si traduce operativamente in una catena di creazione del valore che prende avvio dagli input necessari allo svolgimento delle attività. Tali input comprendono il personale tecnico-scientifico altamente qualificato, i laboratori accreditati, gli strumenti di valutazione del rischio e le reti di collaborazione nazionali ed europee che consentono all'Istituto di operare in un contesto regolatorio integrato e coerente. Su questa base si sviluppano le attività di regolazione, che includono valutazioni tecnico-scientifiche, pareri regolatori, validazioni analitiche, attività di monitoraggio e vigilanza, nonché la partecipazione a comitati tecnici e tavoli di lavoro a livello nazionale ed europeo. Queste attività rappresentano il nucleo operativo attraverso cui l'ISS traduce la propria missione istituzionale in azione concreta, garantendo la solidità scientifica e l'affidabilità dei processi decisionali.

Gli output generati da tale insieme di attività si concretizzano nella produzione di pareri scientifici, rapporti di valutazione, linee guida, certificazioni, validazioni e report di vigilanza e controllo. Tali output costituiscono strumenti fondamentali per il funzionamento del sistema regolatorio e si rivolgono a una pluralità di stakeholder, che comprendono i ministeri e le istituzioni governative, le autorità regolatorie nazionali ed europee, le Regioni, le imprese operanti nei settori farmaceutico, alimentare e diagnostico, nonché i cittadini e la comunità scientifica. Il coinvolgimento di questi stakeholder è parte integrante della catena del valore, in quanto consente di assicurare coerenza, trasparenza e affidabilità alle decisioni regolatorie, favorendo al contempo il dialogo tra istituzioni, sistema produttivo e società civile.

Attraverso questo percorso, gli output della regolazione contribuiscono al raggiungimento degli outcome di valore pubblico, che si esprimono nel rafforzamento della sicurezza dei prodotti e delle tecnologie sanitarie, nella maggiore tutela dei cittadini e nel consolidamento della fiducia nelle istituzioni regolatorie. L'azione regolatoria dell'ISS sostiene infatti un sistema di decisioni basate sull'evidenza scientifica, riducendo i rischi per la salute pubblica e favorendo un equilibrio virtuoso tra innovazione, sicurezza e sostenibilità.

Nel loro insieme, tali outcome concorrono a generare benefici diffusi e duraturi per il sistema sanitario e per la collettività. L'attività di regolazione contribuisce a creare un contesto più sicuro e affidabile per l'utilizzo dei prodotti e delle tecnologie sanitarie, a rafforzare la qualità dei processi decisionali e a sostenere la competitività del sistema produttivo in un quadro di regole chiare e condivise. In questa prospettiva, la regolazione svolta dall'ISS si configura come una funzione chiave di interesse generale, capace di accompagnare l'evoluzione scientifica e tecnologica garantendo al contempo la tutela della salute pubblica e la protezione dei cittadini.

Il seguente obiettivo di valore pubblico costituisce il riferimento strategico attraverso cui l'Ente misura e valuta, nel triennio 2026–2028, il contributo dell'attività regolatoria alla tutela della salute collettiva e alla creazione di valore per la comunità:

Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Descrizione
Rafforzare le competenze e l'efficienza delle strutture dell'Ente nel gestire e rispondere in modo adeguato e tempestivo alle richieste di regolamentazione, valutazione e controllo avanzate dagli stakeholder, a tutela della salute pubblica	Evasione completa delle richieste eleggibili pervenute	100% di capacità di risposta	DB Numix	Con questo obiettivo l'Istituto Superiore di Sanità si impegna a rispondere in modo tempestivo e completo alle richieste di regolamentazione, valutazione e controllo provenienti dagli stakeholder, assicurando un supporto tecnico-scientifico utile a garantire la tutela della salute pubblica

COMUNICAZIONE

La comunicazione rappresenta un ambito strategico attraverso cui l'Istituto Superiore di Sanità contribuisce in modo diretto alla generazione di valore pubblico, assicurando una diffusione tempestiva, chiara e accessibile delle informazioni scientifiche prodotte dalle proprie attività di ricerca, monitoraggio e regolazione. In un contesto caratterizzato da una crescente complessità dei temi di sanità pubblica e da un flusso informativo sempre più intenso, la comunicazione istituzionale dell'ISS assume un ruolo essenziale nel rendere comprensibili i contenuti scientifici, nel favorire un corretto utilizzo delle evidenze e nel sostenere una cultura della salute basata su conoscenze validate. Nel triennio 2026–2028, l'Istituto rafforza tale funzione, valorizzando la comunicazione come strumento di trasparenza, di dialogo con i cittadini e di contrasto alla disinformazione scientifica, contribuendo a consolidare la fiducia nelle istituzioni sanitarie e nella scienza.

La visione della comunicazione come leva di valore pubblico si traduce in una catena di creazione del valore che prende avvio da un insieme articolato di risorse, competenze e canali a disposizione dell'Istituto. L'ISS può contare su personale specializzato nella comunicazione scientifica e istituzionale, su piattaforme digitali consolidate, su strumenti editoriali e multimediali e su spazi dedicati alla divulgazione culturale e scientifica, come il Museo, che rappresenta un canale privilegiato di dialogo con i cittadini e di diffusione della conoscenza sanitaria in una forma accessibile e partecipativa. Questi elementi costituiscono la base su cui si sviluppano le attività di comunicazione, che includono la produzione di contenuti informativi e divulgativi, la gestione dei canali digitali e dei social network, la redazione e l'aggiornamento di pubblicazioni tecniche e scientifiche, nonché la realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione sui principali temi di sanità pubblica. Attraverso tali attività, la comunicazione dell'ISS accompagna e valorizza l'azione scientifica dell'Ente, rendendo i risultati delle attività istituzionali fruibili e comprensibili anche al di fuori degli ambiti specialistici.

Gli output generati da queste attività si concretizzano in una pluralità di prodotti comunicativi, tra cui post e contenuti social, dossier e materiali informativi, comunicati stampa, pubblicazioni della collana ISTISAN e aggiornamenti del portale ISSalute. Questi strumenti rappresentano il principale canale attraverso cui l'Istituto dialoga con i propri stakeholder e diffonde informazioni scientifiche validate. I destinatari della comunicazione comprendono un pubblico ampio e diversificato, che include cittadini, operatori sanitari, scuole, comunità scientifica, istituzioni nazionali e territoriali, media e associazioni di pazienti. Il coinvolgimento di tali stakeholder è parte integrante della catena del

valore, poiché consente di adattare i messaggi ai diversi contesti, di favorire una maggiore comprensione dei contenuti e di rafforzare il ruolo dell'ISS come punto di riferimento autorevole in materia di salute pubblica.

Attraverso questo percorso, gli output della comunicazione contribuiscono al raggiungimento degli outcome di valore pubblico, che si esprimono in una maggiore accessibilità e comprensione delle informazioni scientifiche, in un rafforzamento della fiducia nelle istituzioni sanitarie e in una più efficace capacità di contrasto alla disinformazione. La comunicazione dell'ISS sostiene così una partecipazione più consapevole dei cittadini alle scelte che riguardano la salute e favorisce una diffusione più ampia della cultura scientifica, rendendo le evidenze prodotte dall'Ente uno strumento concreto di orientamento e supporto alle decisioni individuali e collettive.

Nel loro insieme, tali outcome contribuiscono a generare benefici diffusi e duraturi, migliorando la qualità del rapporto tra istituzioni e cittadini e rafforzando la consapevolezza collettiva sui temi della prevenzione e della tutela della salute. La comunicazione si configura quindi come una funzione trasversale e abilitante, capace di amplificare l'impatto delle attività scientifiche dell'ISS e di concorrere, in modo sostanziale, alla creazione di valore pubblico attraverso una informazione corretta, accessibile e orientata all'interesse generale.

Il seguente obiettivo di valore pubblico costituisce il riferimento strategico attraverso cui l'Ente misura e valuta, nel triennio 2026–2028, il contributo dell'attività di comunicazione alla creazione di valore per la comunità:

Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Descrizione
Aumentare la comunicazione, la divulgazione e l'utilità sociale della conoscenza scientifica	Numero di iniziative e prodotti di comunicazione e divulgazione scientifica realizzati e diffusi (eventi, campagne, podcast, pubblicazioni divulgative, collaborazioni con media e scuole)	≥ triennio precedente	Servizio Comunicazione Scientifica e Ufficio Stampa	L'obiettivo mira a rafforzare la comunicazione e la divulgazione della conoscenza scientifica, rendendo i risultati delle proprie attività più accessibili, comprensibili e utili per cittadini, operatori sanitari e comunità

FORMAZIONE

La formazione rappresenta una leva strategica attraverso cui l'Istituto Superiore di Sanità contribuisce in modo diretto alla generazione di valore pubblico, sostenendo lo sviluppo di competenze avanzate, aggiornate e multidisciplinari a beneficio del Servizio Sanitario Nazionale e, più in generale, della collettività. Attraverso attività formative rivolte a operatori sanitari, ricercatori, professionisti del sistema sanitario e stakeholder istituzionali, l'ISS concorre al rafforzamento del capitale umano, elemento essenziale per affrontare le sfide emergenti della sanità pubblica e per garantire la qualità, l'equità e la sostenibilità dei servizi sanitari. Nel triennio 2026–2028, l'Istituto consolida il proprio ruolo di riferimento nazionale nella formazione in sanità pubblica, promuovendo un'offerta didattica integrata e innovativa, capace di rispondere ai fabbisogni formativi in continua evoluzione e di accompagnare i processi di cambiamento del sistema sanitario.

La visione della formazione come strumento di creazione di valore pubblico si traduce operativamente in una catena di creazione del valore che prende avvio dalle risorse e dalle competenze a disposizione dell'Ente. L'ISS può contare su un patrimonio consolidato di competenze didattiche e tecnico-scientifiche, su infrastrutture formative dedicate e su piattaforme di formazione a distanza che consentono di raggiungere un pubblico ampio e diversificato. Su questa base si sviluppano le attività formative, che comprendono la progettazione e l'erogazione di corsi accreditati, seminari, workshop specialistici, moduli di formazione a distanza e percorsi blended, nonché lo sviluppo di materiali didattici coerenti con le priorità del Servizio Sanitario Nazionale e con gli obiettivi istituzionali dell'Ente. Tali attività rappresentano il nucleo operativo attraverso cui l'ISS trasforma la propria missione formativa in azioni concrete, garantendo coerenza, qualità e aggiornamento continuo dei contenuti.

Gli output generati da questo insieme di attività si concretizzano in corsi accreditati, moduli FAD, materiali formativi, attestati di partecipazione ed eventi formativi. Questi prodotti costituiscono il principale strumento attraverso cui l'Istituto trasferisce conoscenze e competenze agli stakeholder, che includono i professionisti sanitari, gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, le Regioni e, indirettamente, i cittadini. Il coinvolgimento di tali stakeholder è parte integrante della catena del valore, poiché consente di allineare l'offerta formativa ai reali bisogni del sistema sanitario e di favorire l'adozione di approcci e pratiche condivise.

Attraverso questo percorso, gli output della formazione contribuiscono al raggiungimento degli outcome di valore pubblico, che si esprimono nel miglioramento delle competenze degli operatori

sanitari, nel rafforzamento della preparedness del sistema e in una maggiore capacità di risposta alle emergenze sanitarie. La formazione erogata dall'ISS sostiene infatti la qualità del servizio sanitario, favorendo un utilizzo più consapevole delle evidenze scientifiche e un aggiornamento continuo delle professionalità coinvolte nei processi di prevenzione, diagnosi e cura.

Nel loro insieme, tali outcome concorrono a generare benefici diffusi e duraturi per il sistema sanitario e per la collettività. L'investimento nella formazione continua contribuisce a sostenere lo sviluppo professionale, a promuovere l'allineamento agli standard nazionali e internazionali e a rafforzare la capacità complessiva del Servizio Sanitario Nazionale di affrontare contesti complessi e situazioni di emergenza. In questa prospettiva, la formazione si configura come una funzione strategica e abilitante, capace di produrre valore pubblico nel tempo attraverso il rafforzamento delle competenze, della resilienza e della qualità del sistema sanitario.

Il seguente obiettivo di valore pubblico costituisce il riferimento strategico attraverso cui l'Ente misura e valuta, nel triennio 2026–2028, il contributo dell'attività di formazione alla tutela della salute collettiva e alla creazione di valore per la comunità:

Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Descrizione
Assicurare una formazione di alto livello per gli operatori sanitari, caratterizzata da aggiornamenti costanti e un approccio multidisciplinare, in grado di soddisfare le esigenze emergenti nel contesto della sanità pubblica	N° di partecipanti ai percorsi formativi attivati dall'Ente	> triennio precedente	Servizio Formazione	L'obiettivo è volto a garantire un'offerta formativa di qualità, aggiornata e multidisciplinare, rivolta agli operatori sanitari, al fine di rafforzarne le competenze e supportarli nell'affrontare le sfide emergenti della sanità pubblica

ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione interna costituisce il fondamento essenziale del funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità e il presupposto imprescindibile per l'elaborazione e l'attuazione delle strategie dell'Ente. Un assetto organizzativo solido, coerente ed efficiente rende infatti possibile lo svolgimento efficace delle funzioni istituzionali di ricerca, monitoraggio, regolazione, comunicazione e formazione, assicurando continuità operativa, capacità di risposta e qualità complessiva dell'azione pubblica. Nel triennio 2026–2028, l'ISS prosegue il percorso di rinnovamento dei propri modelli organizzativi con l'obiettivo di rafforzare il coordinamento interno, migliorare il supporto ai processi decisionali e operativi e assicurare una gestione efficiente, trasparente e responsabile delle risorse.

In questa prospettiva, il miglioramento dell'organizzazione interna non risponde esclusivamente a esigenze di tipo operativo, ma si configura come un fattore abilitante per il raggiungimento degli obiettivi strategici e di performance dell'Ente. L'innovazione organizzativa è accompagnata dal rafforzamento delle competenze del personale, dalla progressiva digitalizzazione dei processi, dalla valorizzazione dei sistemi informativi e dall'adozione di modelli gestionali coerenti con i principi di sostenibilità, trasparenza e accountability. L'ISS mira così a potenziare la propria capacità di pianificazione, gestione e monitoraggio, favorendo un utilizzo ottimale delle risorse umane, economiche e tecnologiche, creando un contesto operativo più efficiente, resiliente e capace di adattarsi alle evoluzioni del contesto sanitario.

La visione dell'organizzazione come leva di creazione del valore pubblico si traduce operativamente in una catena di creazione del valore che prende avvio dagli input a disposizione dell'Ente. Questi comprendono il personale amministrativo e tecnico, i sistemi informativi e le piattaforme digitali a supporto dei processi, nonché le risorse economiche e tecnologiche necessarie al funzionamento dell'organizzazione. Su tale base si sviluppano le attività organizzative, che includono il miglioramento e la semplificazione dei processi interni, la digitalizzazione e la reingegnerizzazione dei flussi, la gestione documentale, il supporto alle strutture scientifiche e alla pianificazione e monitoraggio della performance. Tali attività costituiscono il nucleo operativo attraverso cui l'ISS traduce la propria missione organizzativa in azioni concrete, orientate al miglioramento continuo e all'efficienza complessiva dell'Ente.

Gli output generati da questo insieme di attività si concretizzano in processi più efficienti, procedure ottimizzate, strumenti digitali aggiornati, report gestionali a supporto delle decisioni e un coordinamento interno più efficace. Questi risultati rappresentano il principale strumento attraverso cui l'organizzazione interna sostiene le attività istituzionali e garantisce un funzionamento coerente

e integrato delle diverse strutture. I principali stakeholder coinvolti in tale catena del valore sono il personale dell'Ente, le direzioni centrali e i dipartimenti, nonché il Ministero della Salute, che beneficia di un'azione amministrativa e gestionale più solida, trasparente e orientata ai risultati.

Attraverso questo percorso, gli output dell'organizzazione contribuiscono al raggiungimento degli outcome di valore pubblico, che si esprimono in una maggiore efficienza organizzativa, in un miglior supporto ai processi decisionali e nel rafforzamento della capacità operativa complessiva dell'Istituto. Un'organizzazione più strutturata e funzionale consente infatti di sostenere in modo più efficace il conseguimento degli obiettivi strategici e di garantire la qualità e la continuità delle attività istituzionali.

Nel loro insieme, tali outcome concorrono a generare benefici diffusi e duraturi per l'Ente e per il sistema sanitario nel suo complesso. Il rafforzamento dell'organizzazione interna contribuisce a migliorare il funzionamento dei processi, a sostenere le attività scientifiche e amministrative e a creare un ambiente di lavoro più efficiente e orientato al miglioramento continuo. In questa prospettiva, l'organizzazione si configura come una funzione trasversale e abilitante, capace di sostenere l'azione complessiva dell'ISS e di contribuire in modo significativo alla capacità del sistema sanitario di rispondere in maniera efficace e sostenibile alle esigenze della sanità pubblica.

Il seguente obiettivo di valore pubblico rappresenta il riferimento strategico attraverso cui l'Ente misura e valuta, nel triennio 2026–2028, il contributo di un assetto organizzativo solido, efficiente e integrato al pieno svolgimento delle funzioni istituzionali e alla creazione di valore pubblico per la collettività:

Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Descrizione
Rafforzare la struttura interna al fine di fornire supporto strategico utile al conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa dell'Ente	N. obiettivi annuali definiti nel PIAO raggiunti / N. obiettivi annuali e programmati	Almeno 80% degli obiettivi raggiunti	Personale dell'Ente	L'obiettivo mira a valutare la capacità dell'organizzazione interna dell'ISS nel supportare il raggiungimento degli obiettivi dell'Ente

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE

La programmazione della performance dell'Istituto Superiore di Sanità si inserisce in un percorso strategico che ha l'obiettivo di garantire il rispetto e la coerenza tra la mission dell'Ente, le priorità di intervento e gli obiettivi di performance operativi. A partire dal Piano Triennale delle Attività (PTA) 2026-2028 dell'Ente, dove vengono definite le priorità dell'Istituto sia da un punto di vista strategico che gestionale, in linea con il contesto nazionale e internazionale della ricerca e della sanità pubblica, sono state individuate le attività e gli obiettivi delineati nel presente Piano Integrato delle Attività e Organizzazione (PIAO). Tale sinergia consente un'azione coordinata e orientata al raggiungimento di risultati di impatto per la collettività.

In linea con la precedente annualità, anche per il triennio 2026-2028 si prosegue il lavoro sui sei principali ambiti di azione individuati quali: Ricerca, Monitoraggio, Regolazione, Formazione, Informazione ed Organizzazione, per ogni ambito d'azione è stato individuato un obiettivo di valore pubblico di ampio respiro al quale sono stati collegati obiettivi annuali aventi i rispettivi indicatori e target.

Per il 2026 l'Istituto proseguirà il lavoro svolto negli anni precedenti impegnandosi ad accrescere iniziative che favoriscano il raggiungimento degli obiettivi di interesse pubblico, rispondendo così, attraverso un approccio integrato e coordinato, alle esigenze del sistema paese e dando fattivamente il proprio contributo al progresso in termini di salute pubblica.

In tale quadro, il ciclo di programmazione della performance per il 2026 è orientato da alcune direttrici strategiche trasversali che contribuiscono a rafforzare l'unitarietà dell'azione dell'Istituto e a rendere più incisivo il suo contributo al valore pubblico. In particolare, l'approccio One Health costituisce il riferimento concettuale attraverso cui l'ISS interpreta e affronta la complessità dei determinanti della salute, promuovendo una visione integrata che supera la frammentazione settoriale e consente di connettere in modo sistematico dimensione sanitaria, ambientale e sociale. Parallelamente, il rafforzamento della dimensione internazionale rappresenta una leva essenziale per valorizzare il ruolo dell'Istituto nei contesti globali, favorendo lo scambio di conoscenze, l'allineamento agli standard internazionali e la partecipazione a reti di cooperazione scientifica e istituzionale, con ricadute positive sulla qualità delle attività svolte e sulla capacità di incidere sulle politiche di sanità pubblica. In questo contesto si colloca anche lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale e dello spazio del dato sanitario, intesi come fattori abilitanti per l'evoluzione dei modelli di analisi, monitoraggio e valutazione, nonché per il rafforzamento dei processi decisionali basati sull'evidenza. L'attenzione alla qualità, all'interoperabilità e al riutilizzo dei dati, insieme

all'adozione responsabile di soluzioni di IA, consente all'Istituto di sostenere l'innovazione metodologica e organizzativa, garantendo al contempo trasparenza e affidabilità. Nel loro insieme, queste direttrici permeano trasversalmente i sei ambiti di azione dell'Ente e orientano la definizione degli obiettivi di valore pubblico e degli obiettivi annuali, assicurando coerenza tra visione strategica, programmazione operativa e risultati attesi nel triennio.

Al fine di garantire un allineamento tra la vision strategica dell'Istituto e le attività operative svolte, la gestione della performance sarà articolata secondo un processo a cascata, dove ogni struttura dell'Istituto dovrà indicare il proprio contributo alla realizzazione degli obiettivi di Performance dell'Ente. Tale approccio contribuisce ad incrementare il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutte le strutture interne dell'Ente.

Come avvenuto per il 2025, anche nel 2026 le attività di monitoraggio e valutazione dei risultati saranno svolte a livello centralizzato. Tale approccio consentirà di misurare con precisione l'impatto delle azioni intraprese e di adottare eventuali misure correttive per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, rafforzando il ruolo dell'Istituto come punto di riferimento per la tutela e la promozione della salute pubblica in Italia e a livello internazionale.

In questo quadro si inserisce il progressivo consolidamento del percorso di valutazione partecipativa, avviato dall'Istituto come strumento di integrazione della valutazione della performance organizzativa e di rafforzamento dell'orientamento al valore pubblico. La valutazione partecipativa è stata introdotta in via sperimentale nel 2024, con il coinvolgimento dei discenti dei corsi di formazione erogati dall'ISS, al fine di testare strumenti e metodologie di rilevazione della qualità percepita dei servizi formativi.

A seguito degli esiti positivi della sperimentazione, nel 2025 il modello è stato ampliato includendo un ulteriore cluster strategico di stakeholder interni, rappresentato dai dottorandi che svolgono il proprio percorso formativo e scientifico presso l'Istituto. Tale estensione ha consentito di raccogliere evidenze strutturate non solo sulla qualità dei percorsi formativi, ma anche sulla percezione complessiva dell'ISS quale ente pubblico di ricerca e hub istituzionale per la salute pubblica.

Nel 2026 l'Istituto intende proseguire e consolidare questo percorso lungo le medesime direttrici, con l'obiettivo di rafforzare ulteriormente i meccanismi di ascolto, feedback e miglioramento continuo. La valutazione partecipativa continuerà così a rappresentare uno strumento qualificante per orientare le scelte strategiche e organizzative dell'Ente, favorendo una maggiore trasparenza, accountability e inclusione degli stakeholder nei processi di misurazione della performance e di creazione di valore pubblico.

2.2.1 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE: OBIETTIVI DI ENTE

Al raggiungimento degli obiettivi di performance che l'Ente si è prefissato per l'annualità in oggetto concorrono tutte le Strutture dell'Istituto Superiore di Sanità. Solo grazie al coinvolgimento dell'intera organizzazione è possibile raggiungere i risultati prefissati generando così valore pubblico contribuendo attivamente al benessere collettivo.

L'Istituto, in linea con il precedente triennio, si propone di tradurre la propria visione strategica di lungo periodo in azioni concrete e misurabili, delineando con chiarezza le priorità, le iniziative chiave e gli indicatori necessari a promuovere e tutelare la salute pubblica. Grazie agli indicatori, qualitativi e quantitativi e ai target associati ad ogni obiettivo è possibile effettuare un monitoraggio periodico puntuale in grado di misurare la performance dell'Ente nel corso dell'annualità ed apportare tempestivamente azioni correttive nel caso in cui vengano intercettate eventuali criticità tra il valore effettivamente raggiunto e quanto pianificato.

La performance annuale dell'Istituto Superiore di Sanità si configura come un percorso articolato, volto a tradurre la visione strategica dell'Ente in risultati concreti e verificabili. Il processo prende avvio dalle priorità istituzionali e si sviluppa attraverso la definizione di obiettivi chiari, misurabili e pienamente coerenti con le funzioni che l'ISS è chiamato a svolgere. Il raggiungimento di tali obiettivi non costituisce soltanto un'esigenza di programmazione interna, ma rappresenta un impegno diretto verso la generazione di valore pubblico, orientando l'azione dell'Istituto al miglioramento della salute e della qualità della vita della collettività. Grazie a una gestione fondata su efficacia, trasparenza e responsabilità, la performance annuale consente di monitorare i progressi compiuti, rafforzare l'impatto delle attività istituzionali e contribuire in modo significativo alla tutela e alla promozione della salute pubblica.



Promozione della Ricerca

Nel 2026 l'Istituto Superiore di Sanità proseguirà nel rafforzamento del proprio ruolo di guida nel panorama della ricerca in sanità, orientando le attività scientifiche verso obiettivi di ampio respiro, in grado di generare valore pubblico e contribuire al miglioramento della salute e del benessere delle comunità a livello nazionale e internazionale.

Un asse strategico centrale sarà rappresentato dall'ulteriore impulso ai processi di internazionalizzazione, attraverso il consolidamento e l'ampliamento delle collaborazioni con partner scientifici, istituzioni e reti di ricerca globali. La partecipazione a progetti internazionali continuerà a essere un pilastro dell'attività dell'Istituto, in particolare nell'ambito del Work Programme 2025 di Horizon Europe, che entrerà nel 2026 nella sua fase conclusiva e che affronta tematiche cruciali come le malattie non trasmissibili, la salute mentale, l'impatto dell'inquinamento e dei cambiamenti climatici, la resistenza antimicrobica e la preparazione alle emergenze. A ciò si affiancherà l'impegno dell'Istituto nel contribuire alle principali strategie nazionali, tra cui le iniziative riconducibili al Piano Mattei, nell'ottica di una cooperazione scientifica orientata a rafforzare capacità, conoscenze e sistemi sanitari nei Paesi partner.

Il 2026 sarà caratterizzato anche da una forte attenzione allo sviluppo e all'applicazione dell'intelligenza artificiale nella sanità pubblica, con l'obiettivo di favorire strumenti predittivi e modelli analitici avanzati in grado di supportare la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione integrata dei rischi per la salute. Parallelamente, continuerà a essere centrale la ricerca condotta nell'ambito One Health, approccio indispensabile per affrontare sfide globali interconnesse fra salute umana, animale e ambientale. In questo quadro si colloca la prosecuzione dei lavori per la realizzazione della Biobanca ViVa, infrastruttura destinata a diventare uno dei principali hub nazionali per la ricerca traslazionale, capace di sostenere studi innovativi ad alta intensità tecnologica, con criteri avanzati di efficienza energetica e ridotto impatto ambientale. L'Istituto proseguirà inoltre in attività volte alla promozione di stili di vita sani e di una corretta alimentazione, componenti essenziali per la prevenzione delle malattie croniche e la promozione del benessere della popolazione.

Contestualmente, nel 2026 l'ISS intensificherà le azioni dedicate alla valorizzazione della ricerca e al trasferimento tecnologico, attraverso l'analisi strategica del portafoglio brevetti e il rafforzamento delle competenze interne nella tutela e gestione dei risultati scientifici. Tali attività si inseriscono in un anno cruciale per il completamento dei progetti finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e

Resilienza (PNRR), che raggiungeranno la loro fase finale entro il 31 agosto 2026, secondo quanto definito dalla Commissione Europea. L'Istituto, coinvolto in 29 progetti PNRR, sarà impegnato nel conseguimento degli obiettivi finali, così come nella conclusione dei progetti finanziati dal Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC), che prevedono come termine ultimo il 31 dicembre 2026. In particolare, giungeranno a completamento gli interventi E1.1, E1.3 ed E1.5 del programma "Salute, ambiente biodiversità e clima", che hanno richiesto una gestione altamente complessa, svolta in collaborazione con tutte le Regioni italiane.

Un ulteriore tratto distintivo delle attività dell'Istituto per il 2026 sarà il rafforzamento del proprio ruolo come hub formativo per i giovani ricercatori. L'ISS continuerà a investire risorse proprie nel sostegno alla ricerca emergente attraverso una nuova edizione del Bando di Ricerca Indipendente, finalizzato sia a promuovere studi in aree prioritarie per la sanità pubblica, sia a sostenere lo sviluppo di idee progettuali candidabili a bandi competitivi nazionali e internazionali.

Parallelamente, l'Istituto rinnoverà il proprio impegno nel finanziamento annuale di borse di dottorato, contribuendo ad avvicinare il numero complessivo di dottorandi italiani nel settore delle Scienze della Vita alla media europea e favorendo la crescita di una nuova generazione di ricercatori altamente qualificati. In continuità con quanto avviato nel 2025, anche per il 2026 l'obiettivo dedicato ai dottorandi costituirà uno strumento per la realizzazione di attività di valutazione partecipativa degli stakeholder, valorizzando il contributo diretto dei dottorandi nella rilevazione della qualità dei percorsi formativi e scientifici offerti dall'Istituto. Sulla base delle evidenze emerse dall'indagine condotta nel 2025, nel corso del 2026 l'ISS lavorerà all'avvio di azioni di miglioramento mirate, volte a rafforzare l'efficacia dei percorsi formativi e il ruolo dell'Istituto come hub di riferimento. In continuità con le attività avviate negli anni precedenti, l'ISS proseguirà inoltre nel sostegno al programma Dottorati Italia-Africa, volto al rafforzamento delle competenze scientifiche e della leadership della ricerca nei Paesi africani, in coerenza con le priorità strategiche della cooperazione internazionale.

La tabella, di seguito rappresentata, sintetizza gli obiettivi annuali dell'Istituto per il 2026 nell'ambito della promozione della ricerca, a testimonianza dell'impegno dell'Ente nel perseguire risultati concreti, sostenibili e di alto valore scientifico.

Obiettivo Annuale		Indicatore	Target	Principali Stakeholder coinvolti
OB 1.1	Massimizzare la produzione scientifica su riviste indicizzate con alto impatto	N° paper pubblicati in riviste del primo decile /N° paper totali con IF	≥2025	Ricercatori e tecnologi ISS, Comunità scientifica ed Enti, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali
OB 1.2	Attivare iniziative per lo sviluppo e l'applicazione di metodologie di intelligenza artificiale per l'analisi avanzata e integrata dei dati sanitari per orientare la ricerca scientifica e l'elaborazione di politiche in ambito di sanità pubblica	N° di iniziative avviate	>2025	Ricercatori e tecnologi ISS, Comunità scientifica ed Enti, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali
OB 1.3	Rafforzare la qualità dei percorsi formativi dedicati ai dottorandi, anche rispetto alla dimensione internazionale	Avvio di interventi di miglioramento dei percorsi formativi per dottorandi coerenti con le evidenze emerse dall'analisi 2025	Entro il 31/12/2026	Ricercatori, Dottorandi, Management ISS
OB 1.4	Promuovere lo sviluppo di collaborazioni tecnico-scientifica a livello europeo e internazionale volte a favorire lo sviluppo di reti di collaborazione per la ricerca e la salute pubblica	N° di accordi internazionali extra UE	Almeno 3 nuovi accordi	Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, Ministero della Salute, Istituzioni sanitarie e scientifiche internazionali, Management ISS



Supporto alla tutela della salute pubblica, attraverso l'attività regolatoria

L'Istituto Superiore di Sanità da sempre ha ricoperto un ruolo centrale in termini di attività regolatoria attraverso la quale dà il proprio supporto alla tutela della salute pubblica. In particolare, l'Istituto Superiore di Sanità annualmente risponde mediamente ad oltre 10.000 suddivise in termini percentuali tra le varie tipologie di richieste istruzionali come di seguito riportato: il 57% riguarda controlli e ispezioni - il 26% Pareri, Interrogazioni parlamentari e mozioni - il 13% Certificazioni e il 3% Controversie documentali e analitiche. La capacità dell'Istituto di fornire pareri, valutazioni e certificazioni in molteplici settori della salute pubblica consente di rispondere in modo tempestivo e competente alle richieste di regolamentazione, valutazione e controllo provenienti dai vari stakeholders.

Nel 2026 l'Ente si pone l'obiettivo di proseguire e rafforzare il lavoro svolto nelle precedenti annualità, consolidando ulteriormente la propria capacità regolatoria. Tale obiettivo è coerente con le linee strategiche definite nel Piano Triennale delle Attività, che prevedono il potenziamento delle competenze e dell'efficienza delle strutture dell'Istituto, al fine di garantire una gestione adeguata e tempestiva delle richieste connesse alla tutela della salute pubblica.

Le tematiche su cui l'Istituto svolge attività regolatoria spaziano dalla sicurezza alimentare e ambientale ai farmaci, alle tecnologie sanitarie; attraverso l'emissione di pareri, valutazioni, controlli, l'Istituto contribuisce in modo significativo alla tutela della salute della popolazione e risponde alle richieste che pervengono da: istituzioni, enti territoriali e altri portatori di interesse.

Tale attività consolida il ruolo dell'Istituto come riferimento autorevole sia a livello nazionale che europeo.

Nella tabella sottostante si riporta l'obiettivo che per l'anno in oggetto l'Ente intende perseguire nell'ambito dell'attività regolatoria, dal quale emerge l'impegno dell'Istituto nell'offrire un supporto strategico e operativo per la tutela della salute pubblica:

Obiettivo Annuale		Indicatore	Target	Principali Stakeholder coinvolti
OB 2.1	Mantenere l'efficacia dei processi di gestione delle richieste di pareri, certificazioni, autorizzazioni e valutazioni provenienti dagli stakeholder	N° di richieste evase nell'anno / N° Richieste annuali pervenute	Almeno il 90%	Istituzioni nazionali politico-governative, Amministrazione vigilante, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali, industrie private



Monitoraggio dei dati sanitari

Un'altra delle principali attività svolte dall'Istituto è il monitoraggio dei dati sanitari attraverso tale attività l'Ente garantisce una raccolta e un'analisi sistematica delle informazioni sanitarie rilevanti per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la gestione dei rischi per la salute pubblica.

L'Istituto gestisce numerosi Sistemi di Sorveglianza e Registri, tra cui quelli di rilevanza nazionale e regionale assegnati dal DPCM del 3 marzo 2017 con l'obiettivo di fornire una risposta tempestiva ed efficace alle minacce sanitarie emergenti. In particolare, ogni anno l'Istituto produce numerosi report e bollettini con cadenza periodica: settimanale - mensile - annuale relativamente ad alcune sorveglianze per cui si ha la necessità di aggiornare i dati e le relative informazioni; ad esempio, nel 2024 l'Ente ha prodotto 258 report e bollettini relativamente alle 27 sorveglianze considerate. Attraverso i sistemi di sorveglianza epidemiologica e i registri di rilevanza nazionale coordinati dall'Istituto, l'ISS assicura la produzione continuativa di dati affidabili, tempestivi e di elevata qualità, opportunamente validati e analizzati. Tali flussi informativi costituiscono una base conoscitiva essenziale per i processi di valutazione e di indirizzo tecnico-scientifico, contribuendo in modo strutturato allo sviluppo, all'aggiornamento e alla diffusione di linee guida, raccomandazioni e buone pratiche fondate sull'evidenza. In questo modo, l'attività di monitoraggio rafforza il supporto alle decisioni del Servizio Sanitario Nazionale, favorendo l'appropriatezza degli interventi, l'omogeneità degli standard di tutela della salute

Uno degli obiettivi per l'anno 2026 è quello di valorizzare i dati provenienti dal servizio di ascolto e di consulenza professionale che l'Istituto offre ai cittadini tramite i Telefoni Verdi; con tale servizio l'Istituto offre, in linea con quanto viene ritenuto fondamentale dal Ministero della Salute, orientamento e supporto in modo gratuito, anonimo e tempestivo fondato su evidenze scientifiche capace di favorire la prevenzione e l'individuazione precoce dei segnali di rischio su diverse tematiche come ad esempio: le dipendenze, le malattie rare e le infezioni sessualmente trasmesse. Inoltre, i telefoni verdi risultano un punto di raccolta di informazioni e di dati utili al monitoraggio sanitario del Paese, e poter consentire l'implementazione di eventuali interventi mirati in sanità pubblica, rafforzando così la fiducia nell'azione pubblica e la prossimità delle istituzioni ai bisogni dei cittadini.

Dopo la ripresa dei rapporti avvenuto nel corso dell'anno 2025 attraverso la costituzione di un gruppo specifico di lavoro, si proseguirà, anche per l'anno 2026, con il rafforzare il supporto tecnico-

scientifico alle Regioni, attraverso la realizzazione di programmi specifici definiti attraverso le varie interlocuzioni.

Nella tabella di seguito riportata vengono sintetizzati gli obiettivi del 2026 relativi all'ambito del monitoraggio:

Obiettivo Annuale		Indicatore	Target	Principali Stakeholder coinvolti
OB 3.1	Fornire il contributo tecnico-scientifico dell'Istituto ai processi decisionali e operativi delle Regioni su tematiche di salute pubblica, attraverso l'attuazione di programmi e progetti specifici	Rendicontazione delle attività sviluppate presentate alla Conferenza Stato Regioni	Entro il 31/12/2026	Amministrazioni centrali dello Stato
OB 3.2	Fornire il servizio di gestione del Telefono Verde quale strumento di supporto ai cittadini, valorizzando i dati acquisiti per l'analisi dei bisogni emergenti di salute pubblica.	Percentuale di contatti con esito registrato nei sistemi informativi ISS (n. totale chiamate deducibile dalle schede)	Almeno il 60%	Cittadini, Operatori sanitari, Regioni, Ministero della Salute, Management ISS



Sostenere la diffusione di corrette informazioni sanitarie

Nel 2026 la comunicazione e l'informazione continueranno a rappresentare un asse strategico fondamentale per l'Istituto Superiore di Sanità, contribuendo in modo determinante alla realizzazione della missione istituzionale e al rafforzamento della cultura scientifica nel Paese. L'Istituto confermerà il proprio impegno nel garantire un flusso informativo chiaro, tempestivo e basato su evidenze, rivolto ai cittadini, ai professionisti sanitari, alle istituzioni nazionali e internazionali e a tutti gli stakeholder che interagiscono con l'Ente. In un contesto caratterizzato da un'evoluzione costante degli strumenti digitali e delle modalità di fruizione delle notizie, l'Istituto proseguirà nel potenziamento dei propri canali comunicativi al fine di assicurare una divulgazione sempre più accessibile, trasparente e orientata al servizio pubblico.

Particolare attenzione sarà dedicata alla qualità dei contenuti prodotti e alla capacità di intercettare i bisogni informativi della popolazione, con un approccio orientato alla responsabilità sociale e alla promozione della salute. La collaborazione con i media e il dialogo costante con il pubblico rivestiranno un ruolo centrale per consolidare la fiducia nell'Istituto come fonte autorevole e indipendente, soprattutto in relazione a temi complessi di sanità pubblica e alla diffusione delle evidenze scientifiche.

Gli obiettivi previsti per il 2026 si inseriscono nel solco delle linee programmatiche definite nel Piano Triennale delle Attività e proseguono quanto già avviato negli anni precedenti, con un'attenzione particolare al rafforzamento della presenza istituzionale, alla diffusione di contenuti scientifici di qualità e allo sviluppo di strumenti che facilitino la comunicazione con la cittadinanza e con la comunità professionale.

La tabella seguente riporta gli obiettivi specifici, accompagnati da indicatori e target che ne assicurano la misurabilità e guidano l'azione dell'Istituto nell'ambito dell'informazione e della comunicazione per l'anno 2026.

Obiettivo Annuale		Indicatore	Target	Principali Stakeholder coinvolti
OB 4.1	Rafforzare la strategia di comunicazione istituzionale dell'ISS, promuovendo la divulgazione dei risultati scientifici e la loro accessibilità per il pubblico attraverso format multimediali e attività di sensibilizzazione sui temi di sanità pubblica	N° di utenti raggiunti complessivamente dalle attività di comunicazione istituzionale	≥2025	Cittadini, Professionisti e Operatori del SSN



Accrescimento delle competenze attraverso la formazione esterna per i professionisti del SSN

Nel 2026 la formazione continua a rappresentare uno strumento strategico attraverso cui l'Istituto Superiore di Sanità contribuisce alla generazione di valore pubblico, rafforzando le competenze dei professionisti e sostenendo la qualità, l'efficacia e la resilienza del Servizio Sanitario Nazionale. L'attività formativa dell'Istituto è orientata allo sviluppo di competenze tecniche e trasversali in sanità pubblica, indispensabili per affrontare le principali sfide sanitarie, ambientali ed emergenziali, in coerenza con l'approccio integrato One Health.

In tale prospettiva si inserisce il contributo dell'ISS all'attuazione del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari, attraverso il progetto PNC SABiC – Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima, che rafforza il ruolo della formazione come leva essenziale per l'integrazione tra area sanitaria e ambientale e per la diffusione di un linguaggio comune tra i diversi attori del sistema. La formazione si configura così come elemento abilitante per l'attuazione delle politiche pubbliche e per il rafforzamento delle capacità del sistema di prevenzione.

In questo contesto, l'attività di formazione esterna rappresenta anche uno strumento privilegiato per lo sviluppo della valutazione partecipativa degli stakeholder, finalizzata a raccogliere una valutazione complessiva dell'Istituto Superiore di Sanità. A partire dal 2024, l'ISS ha avviato in via sperimentale il coinvolgimento dei discenti dei corsi di formazione nella rilevazione di percezioni e giudizi non limitati alla qualità dell'offerta formativa, ma estesi al ruolo, al funzionamento e al valore dell'Ente quale riferimento nazionale per la sanità pubblica. Tale approccio è stato consolidato nel 2025 e sarà ulteriormente sviluppato nel 2026, utilizzando le evidenze emerse come elemento di supporto alla valutazione dell'azione istituzionale nel suo complesso e all'individuazione di possibili ambiti di miglioramento organizzativo e strategico.

L'Istituto nel 2026 intende consolidare, inoltre, l'utilizzo di strumenti digitali a supporto della formazione continua, intendendo valorizzare la nuova piattaforma FORM-ISS, sviluppata, a partire dall'anno 2023 attraverso finanziamenti specifici del Piano Nazionale Complementare al PNRR. Tale infrastruttura digitale, ospitata presso il Polo Strategico Nazionale, consentirà di migliorare la capacità di gestione dei corsi di formazione, di garantire elevati standard di sicurezza e protezione dei dati personali e assicurare la continuità operativa delle attività formative, rafforzando il ruolo dell'ISS come riferimento nazionale e internazionale nella formazione in sanità pubblica.

La tabella seguente presenta gli obiettivi annuali dell'Istituto per il 2026 nell'ambito della formazione.

Obiettivo Annuale		Indicatore	Target	Principali Stakeholder coinvolti
OB 5.1	Rafforzare la qualità dei processi formativi attraverso il potenziamento del Sistema di Gestione della Qualità e il miglior utilizzo delle piattaforme formative dedicate.	Percentuale media di gradimento degli eventi formativi, calcolata sulle risposte positive (voti 4 e 5 su scala da 1 a 5) alle domande relative all'organizzazione e alla piattaforma.	> 2025	Professionisti, dottorandi e operatori del SSN



Riorganizzazione e aggiornamento della struttura Organizzativa

Un assetto istituzionale e organizzativo in salute rappresenta una condizione abilitante essenziale per il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi dell'Ente. La capacità dell'amministrazione di generare valore pubblico dipende infatti non solo dalla chiarezza degli obiettivi programmati, ma anche dall'adeguatezza delle strutture organizzative, dei meccanismi di coordinamento e dalla coerenza tra funzioni, competenze e responsabilità. Un'organizzazione in equilibrio consente di tradurre efficacemente le strategie in azioni concrete, favorendo processi decisionali tempestivi, una gestione integrata delle risorse e un utilizzo consapevole del capitale umano. In questa prospettiva, la salute organizzativa e professionale costituisce un fattore chiave per sostenere il miglioramento continuo delle performance, rafforzare la capacità di adattamento ai cambiamenti e garantire la continuità e l'efficacia dell'azione amministrativa nel medio-lungo periodo.

L'Istituto già negli anni passati ha orientato la gestione dell'organizzazione interna a principi di efficienza utili a migliorare la qualità delle proprie funzioni. In questa logica anche l'anno 2026 proseguirà nel percorso di rafforzamento della propria struttura organizzativa, in un contesto nazionale caratterizzato da un processo di trasformazione profonda della Pubblica Amministrazione italiana che si focalizza sulla modernizzazione della stessa, soprattutto focalizzandosi nell'attrarre giovani, potenziare la formazione, digitalizzare i processi e le modalità di gestione dell'organizzazione del lavoro

Nell'ambito di tale processo si pone anche l'obiettivo del PNRR 1.15 che riguarda la riforma della contabilità pubblica, introducendo nuovi standard contabili (ITAS) e un piano dei conti multidimensionale, con l'obiettivo di allineare la contabilità italiana agli standard europei per migliorare trasparenza e rendicontazione. La riforma della contabilità economico-patrimoniale prevista dal PNRR, insieme alle misure di digitalizzazione e semplificazione introdotte negli ultimi anni, impone alle amministrazioni pubbliche un salto di qualità nei modelli gestionali, nei processi interni e nella capacità di governance. In questa prospettiva, l'Istituto sta attuando un'evoluzione organizzativa che coinvolga tutte le strutture dell'Ente, valorizzando competenze, responsabilità e capacità di coordinamento per assicurare un modello amministrativo moderno, trasparente e orientato ai risultati.

Un'area di intervento continuerà ad essere la promozione delle iniziative di sostenibilità ambientale e comportamenti responsabili, nella consapevolezza che la riduzione dell'impatto ambientale

rappresenti un elemento strutturale della modernizzazione amministrativa. Rilevante sarà inoltre l'impegno nel favorire la riduzione dei divari di genere e una maggiore inclusione, in coerenza con le disposizioni nazionali in materia di accessibilità, pari opportunità e prevenzione delle discriminazioni.

La digitalizzazione dei processi amministrativi rimarrà una priorità strategica anche per il 2026, con particolare attenzione allo sviluppo di nuove piattaforme e all'adozione di procedure innovative in grado di migliorare l'efficienza organizzativa e la qualità dei servizi erogati.

In continuità con le attività avviate nel 2025, nel 2026 l'Istituto proseguirà nel percorso di definizione e consolidamento di un quadro di riferimento interno per l'adozione dell'intelligenza artificiale a supporto delle attività dell'Ente. A seguito dell'elaborazione di una prima bozza di Linee guida, l'obiettivo dell'anno sarà la loro finalizzazione e approvazione, al fine di fornire alle strutture e al personale indicazioni chiare e condivise per un utilizzo consapevole, responsabile e coerente delle soluzioni di intelligenza artificiale. Le Linee guida costituiranno uno strumento di indirizzo volto a garantire l'allineamento dell'innovazione tecnologica con i principi organizzativi dell'Istituto, assicurando adeguati presidi in termini di governance, sicurezza dei dati e supporto ai processi decisionali interni.

Un ulteriore ambito di rilievo riguarderà la protezione e la sicurezza dei dati trattati dall'Istituto. La protezione del patrimonio informativo rappresenta infatti un elemento imprescindibile per garantire fiducia, trasparenza e continuità operativa, soprattutto in un contesto di crescente digitalizzazione.

Inoltre, il 2026 rappresenta per l'Istituto Superiore di Sanità un anno di passaggio strategico, in cui, accanto al completamento degli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, assume particolare rilevanza la valutazione complessiva dei risultati conseguiti e del valore generato dalle reti, dalle infrastrutture e dai modelli di collaborazione attivati. L'esperienza PNRR ha consentito di rafforzare la capacità del sistema della ricerca di operare in modo integrato, superando frammentazioni storiche e favorendo una più stretta collaborazione tra soggetti pubblici e privati, ricercatori, strutture amministrative e decisori istituzionali.

In tale contesto, nel 2026 l'Istituto procederà ad analizzare prospettive di valorizzazione e consolidamento delle risorse immateriali generate dal PNRR, con particolare riferimento ai network scientifici, alle competenze sviluppate e ai modelli organizzativi sperimentati. L'obiettivo è evitare la dispersione del patrimonio di conoscenze e relazioni costruito nel triennio PNRR e individuare possibili traiettorie di sviluppo futuro, anche in assenza di risorse straordinarie, orientando tali esperienze verso forme sostenibili di integrazione nel sistema nazionale della ricerca e della sanità pubblica.

La tabella seguente presenta gli obiettivi strategici dell'ISS per il 2026 nell'ambito dell'organizzazione, con i relativi indicatori e target, offrendo una panoramica delle principali azioni volte a rendere l'Istituto sempre più moderno, efficiente e capace di rispondere alle sfide emergenti.

Obiettivo Annuale		Indicatore	Target	Principali Stakeholder coinvolti
OB 6.1	Rafforzare i meccanismi di coordinamento e di scambio di informazioni attraverso l'attivazione di gruppi di lavoro e collaborazioni interstrutturali a supporto del raggiungimento di obiettivi di performance	N. di gruppi di lavoro o meccanismi di coordinamento formalmente istituiti	Almeno 2	Management ISS
OB 6.2	Rafforzare le azioni di sostenibilità ambientale già in essere e avviare nuove iniziative volte a diffondere una cultura ecologica e comportamenti responsabili all'interno dell'Ente	N. di iniziative avviate	Almeno 1	Personale dipendente dell'Istituto e Cittadini
OB 6.3	Attuare azioni volte a garantire l'adeguamento dei procedimenti amministrativi a procedure digitalizzate e alla l'interoperabilità dei sistemi informativi dell'Ente	Rispetto delle tempistiche dettate dalle riforme nazionali	Elaborazione di un report	Management dell'ISS
OB 6.4	Finalizzare e rendere operative le linee guida per l'adozione dell'intelligenza artificiale nell'attività interna dell'Ente	Approvazione delle Linee guida interne sull'adozione dell'intelligenza artificiale	Entro il 31 dicembre 2026	Personale dipendente dell'Istituto
OB 6.5	Rafforzare la sicurezza e la protezione dei dati trattati dall'Ente, garantendo l'adeguamento continuo delle misure tecniche e organizzative per una gestione conforme, sicura e responsabile delle informazioni	Iniziative avviate o completate per il rafforzamento della sicurezza del dato	almeno 1	Data Protection Manager, Management ISS
OB 6.6	Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture commerciali pervenute	Indicatore tempestività dei pagamenti	30gg	Management dell'ISS, Fornitori, Ministero dell'Economia e delle finanze

OB 6.7	Valutare gli esiti dei progetti PNRR e definire indirizzi strategici per la valorizzazione delle reti e delle competenze sviluppate in una prospettiva post-PNRR	Predisposizione di un documento di analisi e indirizzo strategico sulle prospettive di sviluppo e consolidamento delle esperienze e dei network PNRR	Entro il 31 dicembre 2026	Management e Area tecnico-scientifica dell'Istituto
--------	--	--	---------------------------	---

2.2.2 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La performance individuale costituisce un elemento centrale del ciclo di gestione della performance dell'Istituto Superiore di Sanità, poiché consente di valorizzare in modo sistematico il contributo dei singoli al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi dell'Ente. In coerenza con l'articolo 9 del decreto legislativo 150/2009 la valutazione della performance individuale rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Istituto riconosce e misura l'apporto del proprio personale alla realizzazione delle priorità istituzionali, assicurando trasparenza, equità e orientamento ai risultati. I criteri e le modalità adottate sono definiti all'interno del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'ISS, approvato con Decreto Presidenziale n. 20 del 26 febbraio 2024, che stabilisce i soggetti coinvolti, le responsabilità, i processi e i criteri differenziati per le diverse categorie di personale.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione assicura un collegamento diretto tra gli obiettivi programmati nel PIAO e la valutazione del personale, prevedendo specifici meccanismi di allineamento con la performance organizzativa e con le responsabilità di ciascun ruolo. La valutazione si articola in componenti diverse a seconda del profilo considerato, nel rispetto dei principi di imparzialità, misurabilità e coerenza con il contributo effettivamente atteso.

PERFORMANCE	Valutato	Modalità di Valutazione della Performance
ORGANIZZATIVA	Ente	- la percentuale di raggiungimento degli obiettivi strategici di ciascun anno di riferimento; - la valutazione partecipativa degli stakeholders riferita a specifici obiettivi strategici dell'ente
	Strutture I livello	- 80% obiettivi della struttura: direttamente collegati agli obiettivi di Ente - 20% obiettivi trasversali di modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione (ex: Trasparenza e Accountability – Sostenibilità – Innovazione e Digitalizzazione – Integrazione e Coordinamento)
	Strutture II livello	- 80% contributo di partecipazione per il raggiungimento degli obiettivi della struttura di afferenza; - 20% obiettivi trasversali di modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione.
INDIVIDUALE	Direttore Generale	- 40% risultato di performance dell'Ente; - 30% raggiungimento degli obiettivi individuali*; - 30% livello delle competenze manageriali e dei comportamenti attesi *in casi straordinari di assenza di assegnazione di obiettivi individuali, il peso degli Obiettivi Individuali viene trasferito sul peso della Performance di Ente.

	Dirigenti Amministrativi – I Fascia	- 15% risultato di performance dell’Ente - 30% risultato di performance della struttura; - 30% raggiungimento degli obiettivi individuali*; - 25% livello di competenze manageriali e dei comportamenti attesi *in casi straordinari di assenza di assegnazione di obiettivi individuali, il peso degli Obiettivi Individuali viene trasferito sul peso della Performance di Struttura.
	Dirigenti Amministrativi – II Fascia	- 15% risultato di performance della struttura di livello gerarchico superiore; - 30% risultato di performance della struttura; - 30% raggiungimento degli obiettivi individuali*; - 25% dal livello di competenze manageriali e dei comportamenti attesi. *in casi straordinari di assenza di assegnazione di obiettivi individuali, il peso degli Obiettivi Individuali viene trasferito sul peso della Performance di Struttura.
	Personale dei livelli IV-VIII	- 85% risultato di performance della struttura di appartenenza; - 15% livello di competenze e dei comportamenti attesi quali: ORGANIZZATIVI- RELAZIONALI-PROFESSIONALI.
	Personale dei livelli IV-VIII con incarichi di responsabilità	- 85% risultato di performance della struttura di appartenenza; - 15% livello di competenze e dei comportamenti attesi quali: DECISIONALI- RELAZIONALI GESTIONALI-PROFESSIONALI

Presupposto imprescindibile per la realizzazione della performance di Ente, è l’operato del Direttore Generale la cui performance organizzativa e individuale prende avvio a seguito dell’approvazione del PIAO da parte del Consiglio di amministrazione, poiché – come previsto dallo Statuto dell’Istituto Superiore di Sanità – è responsabile della gestione complessiva dell’Ente realizzata attraverso l’attuazione delle decisioni adottate dal Consiglio di amministrazione dell’Istituto. La performance individuale del Direttore Generale riflette la sua funzione di guida complessiva dei processi dell’Istituto, di presidio e di attuazione degli indirizzi programmatori e di coordinamento delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici e specifici definiti dagli organi di governo, attraverso i vari documenti deliberati.

In tale quadro, per l’anno 2026, oltre alla responsabilità di assicurare il conseguimento degli obiettivi dell’ambito organizzativo e gestionale, l’azione del Direttore Generale sarà orientata particolarmente ad azioni volte a promuovere nuove collaborazioni con controparti internazionali, nonché sulla valorizzazione del ruolo dell’ISS all’interno della comunità scientifica, anche attraverso la partecipazione a reti di ricerca, iniziative multilaterali e programmi di cooperazione in ambito sanitario e ambientale. Un ulteriore ambito di operatività specifica riguarderà lo sviluppo dell’Intelligenza Artificiale quale metodologia da utilizzare per rafforzare la capacità di analisi dei dati, di gestione dei sistemi di sorveglianza garantendo principi di responsabilità, trasparenza e tutela dei diritti, affinché l’innovazione digitale sia un moltiplicatore di valore pubblico.

Per i dirigenti amministrativi, la performance individuale è strettamente correlata ai risultati ottenuti dalle unità organizzative loro affidate e alla capacità di contribuire al conseguimento degli obiettivi programmati. In questa prospettiva, il ruolo dirigenziale consiste nell'orientare, coordinare e monitorare le attività delle strutture, promuovendo una gestione efficace ed efficiente dei processi e assicurando il raggiungimento delle priorità istituzionali. In tale ambito, tutti i dirigenti sono, altresì, valutati anche in relazione alla capacità di promuovere e garantire la formazione del personale assegnato, in coerenza con quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025, che ha introdotto l'obbligo per le amministrazioni statali di assicurare a ciascun dipendente almeno 40 ore annue di formazione. Tale valutazione tiene conto dell'effettiva partecipazione del personale ai percorsi formativi, della coerenza delle iniziative con i fabbisogni organizzativi e professionali e del contributo allo sviluppo delle competenze di base e trasversali, anche a supporto dei processi di innovazione e trasformazione digitale. In aggiunta, per i dirigenti responsabili dei pagamenti delle fatture sono assegnati specifici obiettivi annuali relativi al rispetto dei tempi di pagamento, in conformità con l'articolo 4-bis del decreto-legge 24 febbraio 2023, n. 13, convertito dalla legge 21 aprile 2023, n. 41, al fine di garantire il rispetto degli obblighi normativi in materia di tempestività amministrativa.

Il processo di assegnazione degli obiettivi dirigenziali avviene entro il mese di febbraio di ogni anno. In questa fase, i dirigenti di I fascia ricevono dal Direttore Generale gli obiettivi organizzativi e individuali, mentre i dirigenti di II fascia ricevono i propri obiettivi dal dirigente di I fascia da cui gerarchicamente dipendono. Gli obiettivi così assegnati sono formalizzati e accettati mediante controfirma da parte del dirigente interessato, a garanzia della piena condivisione dei risultati attesi e delle responsabilità connesse.

La valutazione dei dirigenti è strutturata secondo criteri differenziati per prima e seconda fascia. Come rappresentato nella tabella sopra riportata per i dirigenti di I fascia, la valutazione complessiva considera il risultato della performance dell'Ente (15%), il risultato della struttura diretta (30%), il raggiungimento degli obiettivi individuali (30%) e le competenze manageriali (25%). Per i dirigenti di II fascia, i criteri comprendono il risultato della performance organizzativa della struttura gerarchicamente sovraordinata (15%), il risultato della struttura diretta (30%), il conseguimento degli obiettivi individuali (30%) e le competenze manageriali (25%). Tale impostazione garantisce un allineamento coerente tra responsabilità, autonomia decisionale e contributo ai risultati complessivi dell'Istituto, promuovendo nel contempo un'azione coordinata e orientata al miglioramento continuo.

Per il personale dei livelli I–III non è attualmente prevista una valutazione individuale, in considerazione della natura peculiare delle attività svolte e dell’assenza di un quadro regolatorio uniforme a livello nazionale per il personale di ricerca e tecnologo.

Per il personale dei livelli IV–VIII è prevista una valutazione articolata in due dimensioni principali. La prima considera la performance organizzativa della struttura di appartenenza, con un peso pari all’85%, allo scopo di valorizzare il contributo del personale all’efficacia dei processi e dei servizi. La seconda dimensione riguarda competenze e comportamenti professionali, che incidono per il 15% della valutazione complessiva, e comprendono aspetti quali capacità organizzative del lavoro, qualità relazionali e professionali. Per il personale dotato di incarichi di responsabilità, la valutazione include anche specifiche competenze gestionali e decisionali.

La performance individuale, pertanto, rappresenta uno strumento fondamentale per monitorare il contributo del personale al raggiungimento delle finalità istituzionali e per promuovere una cultura dell’accountability, della partecipazione e del miglioramento continuo. Attraverso un approccio basato su criteri oggettivi, trasparenza e pieno allineamento con le priorità strategiche, l’Istituto valorizza il ruolo del proprio personale come principale motore della performance complessiva e della generazione di valore pubblico.

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

ACRONIMI

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
AT	Amministrazione Trasparente
CDA	Consiglio di Amministrazione
CDR	Collegio dei Revisori
DFP	Dipartimento Funzione Pubblica
DPO	Data Protection Officer, indica il Responsabile della protezione dei dati
EPR	Enti Pubblici di Ricerca
GDPR	General Data Protection Regulation: Regolamento generale per la protezione dei dati. Regolamento UE 2016/679 è principale la normativa europea in materia di protezione dei dati.
ISS	Istituto Superiore di Sanità
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
PIAO	Piano integrato di attività e organizzazione
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 trasparenza
RPD	Responsabile della Protezione dei Dati
SNA	Scuola Nazionale dell'Amministrazione
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

DEFINIZIONI

Campionamento ragionato	Tecnica di campionamento utilizzata per il monitoraggio di II livello sull'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo.
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 dell'Ente e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui l'Ente si colloca.
Contesto interno	Organizzazione interna e gestione operativa dell'Ente.
Evento corruttivo	Insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento degli obiettivi istituzionali dell'Ente, che ne ledono l'integrità o l'interesse pubblico.
Ente o organizzazione	Istituto Superiore di Sanità o ISS.
Mappatura dei processi	Individuazione ed analisi dei processi organizzativi.
Misurazione del rischio	Valutazione del livello di rischio.
<i>Pantouflage</i>	Divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ente, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Ente 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.
Piano integrato di attività e organizzazione	Documento programmatico previsto dall'art. 6, comma 1 del Decreto Legislativo n. 80 del 09/06/2021 con il quale è stata prevista l'integrazione dei piani programmatici delle PPAA.
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.
Rischio corruttivo Residuo	Entità del rischio corruttivo dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.
<i>Stakeholder</i>	Soggetti, individui od organizzazioni, il cui interesse è negativamente o positivamente influenzato dal risultato dell'attività dell'Ente.
<i>Whistleblower o segnalante</i>	Colui che, attraverso i canali e con le modalità previste dal D.lgs. 24/2023, segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'Ente nell'ambito del proprio contesto lavorativo.
<i>Whistleblowing</i>	Procedura di segnalazione di illeciti o irregolarità acquisite nell'ambito del proprio contesto lavorativo e volta a incentivare le segnalazioni, oltre che 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 24 del 2023	Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.
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 Commissario Straordinario n. 40/2023 del 20/11/2023	Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, così come derivante dalle modifiche intervenute al testo originario di cui al Decreto del Ministro della Salute 2 marzo 2016.

Decreto legislativo numero 218 del 25/11/2016	Semplificazione delle attività degli enti pubblici di ricerca ai sensi dell'articolo 13 della legge 7 agosto 2015, n. 124.
Decreto Legge n. 80 del 09/06/2021 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113/2021	Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia.
D.P.R. 24/06/2022 n. 81	Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.
Decreto Legge 30/04/2022, n. 36	Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
D.M. 30/06/2022 n. 132	Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione.
D.P.R. 13/06/2023 n. 81	Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: « <i>Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165</i> ».

2.3.1 PREMESSA

Il D.L. n. 80 del 09/06/2021, recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”*, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 113/2021, ha previsto che tutti i piani programmatici confluissero in un unico *“Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)”* nell'ambito del quale venissero definiti, tra l'altro, gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione.

Con il D.P.R. n. 81 del 24/06/2022, sono stati successivamente individuati i Piani preesistenti che avrebbero dovuto confluire nel citato PIAO, tra i quali, per quanto qui di interesse, si colloca il preesistente Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da adottarsi in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, lettera a) della L. 6 novembre 2012, n. 190.

A ciò si aggiunga che con D.M. n. 132 del 30/06/2022, è stato adottato il *“Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”*, che ha definito la sottosezione riguardante i rischi corruttivi e la trasparenza (1).

In particolare, nel citato Decreto e nel c.d. *“piano-tipo”* per le Amministrazioni Pubbliche, è specificamente prevista una sotto-sezione di programmazione del PIAO avente il seguente contenuto:

“... c) Rischi corruttivi e trasparenza: la sottosezione è predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione (PNA) e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012 n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 del 2013. La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, contiene:

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;*
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;*

¹ Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, art. 3

- 3) *la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;*
- 4) *l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;*
- 5) *la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;*
- 6) *il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;*
- 7) *la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d. lgs. n. 33 del 2013..."*

Costituiscono - altresì - base ineludibile per la adozione della presente sezione del PIAO i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) che si sono succeduti nel corso del tempo e che sono stati adottati dalla Autorità Anticorruzione (ANAC).

Nel corso del tempo si è assistito ad un progressivo miglioramento della strategia di prevenzione della corruzione, con una aumentata consapevolezza della relativa importanza da parte dei soggetti coinvolti.

A tal fine, nell'ottica di instaurare una consolidata relazione tra il Responsabile della prevenzione della corruzione ed i Referenti, nel corso del 2025, si sono svolti una serie di incontri che hanno avuto ad oggetto l'aggiornamento delle mappature dei processi, con particolare riferimento a quelli facenti capo alle strutture scientifiche.

Tal incontri si sono incentrati sulla individuazione di eventuali approfondimenti sorti dall'esame dei dati presenti nella piattaforma informatica sulla gestione del rischio corruttivo, con la predisposizione di una serie di schede riportanti le anomalie rilevate, inviate ai Referenti dopo l'incontro.

A ciò si è aggiunta una costante interlocuzione tra RPCT e Referenti, sia attraverso la creazione di indirizzi di posta elettronica specificamente individuati (piattaforma.anticorruzione@iss.it; conflittodinteressi@iss.it), sia attraverso delle specifiche giornate di assistenza nella predisposizione di determinati adempimenti (es. monitoraggio di I° livello; auto dichiarazione di inconferibilità/incompatibilità).

Premesso quanto sopra, la presente sezione è predisposta a cura del RPCT e si completa di un allegato che rappresenta la base dati dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo delle Strutture Scientifiche ed Amministrative dell'ISS.

Nella **prima parte** sono indicati:

- gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e i collegamenti con il piano della performance.
- i soggetti coinvolti nel ciclo di prevenzione della corruzione,
- i loro ruoli e le relative responsabilità;

È inoltre descritto il ciclo di gestione del rischio corruttivo a partire dalla mappatura dei processi sino ad arrivare al monitoraggio delle misure di contenimento del rischio corruttivo ed è fornito il quadro del contesto esterno e interno.

Infine sono rappresentate le fasi di consultazione e comunicazione.

Nella **seconda parte** sono descritte le misure generali previste dalla normativa e la loro “declinazione” nella realtà dell'ISS; in particolare è trattato il codice di comportamento dei dipendenti dell'ISS con le misure di disciplina del conflitto di interessi; sono richiamate le modalità di autorizzazione allo svolgimento di incarichi e le previsioni per le misure delle inconferibilità ed incompatibilità di incarichi dirigenziali; la regolazione delle attività successive alla cessazione del rapporto (*pantouflage*); i principi e le regole adottate dall'ISS in tema di formazione di commissioni e assegnazione degli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, di tutela del *whistleblower*; lo stato di attuazione della formazione in tema di anticorruzione, di rotazione del personale, dei patti di integrità.

La **terza parte** è dedicata alla trasparenza e all'accesso: è illustrata la attività di pubblicazione sulla sezione “*Amministrazione trasparente*” del sito internet dell'ISS, la definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati con la individuazione dei responsabili della trasmissione delle informazioni al RPCT e dei responsabili della corretta pubblicazione; sono, infine, illustrate la modalità attraverso cui si realizzano le previsioni di legge in tema di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato, con brevi cenni sul bilanciamento tra Trasparenza e Privacy.

2.3.2 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Come esplicitato nel PNA 2022 il primo obiettivo che va posto in capo a ciascuna amministrazione è quello del Valore Pubblico, inteso come beneficio complessivo dell'azione amministrativa sulla collettività.

Tale obiettivo generale va poi declinato, tra gli altri, in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono, infatti, dimensioni di natura trasversale per la creazione del Valore Pubblico e per la realizzazione della missione istituzionale dell'Ente.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, di fatto, a generare e proteggere il Valore Pubblico, orientando correttamente l'azione amministrativa.

Come noto, l'organo di indirizzo dell'ISS contempla, nelle proprie linee strategiche contenute nel PTA, gli obiettivi relativi alla gestione della prevenzione e della corruzione e trasparenza.

In considerazione delle risultanze del monitoraggio effettuato sul precedente ciclo di gestione del rischio corruttivo, si ritiene di prevedere i seguenti quattro obiettivi strategici con valenza nel triennio 2026-2028:

Obiettivo n.1 – Anticorruzione (annuale)

Digitalizzazione dell'attività di monitoraggio dell'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo: Ampliamento funzionalità del sistema di segnalazioni/*ticketing* ("GRISS") per la gestione del monitoraggio di II livello sull'applicazione delle misure di contenimento ad opera del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Obiettivo n. 2 – Formazione in tema di Trasparenza (annuale)

Programma di formazione generale in materia di trasparenza: Previsione, nel più ampio programma di formazione dell'Ente, di un corso di formazione sui principali contenuti della sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale. Il corso, da erogare in modalità *on line*, sarà organizzato *in house*.

Obiettivo n. 3 – Formazione in tema di Anticorruzione (annuale)

Programma di formazione specifica in materia di anticorruzione: Previsione di formazione specialistica ai referenti e delegati sul funzionamento della piattaforma informatica "*Gestione del rischio corruttivo in ISS*". Il corso sarà organizzato in presenza in un'aula dedicata all'interno dell'Ente, e sarà organizzato dal RPCT e dalla sua struttura di supporto.

Obiettivo n. 4 – Trasparenza (annuale)

Adozione del regolamento sugli obblighi di trasparenza e sulla relativa attuazione all'interno dell'Ente, in versione revisionata al fine di dare conto delle peculiarità organizzative dell'Ente e delle novità normative intervenute dal 2018 (anno di adozione del testo originario) ad oggi.

Integrazione tra Obiettivi Anticorruzione e Performance

Il Legislatore ha più volte ribadito l'importanza di integrare anticorruzione e performance, prevedendo obiettivi specifici da inserire nella programmazione strategico-gestionale.

La Legge 6 novembre 2012, n. 190, come modificata dal d.lgs. n. 97 del 2016, stabilisce:

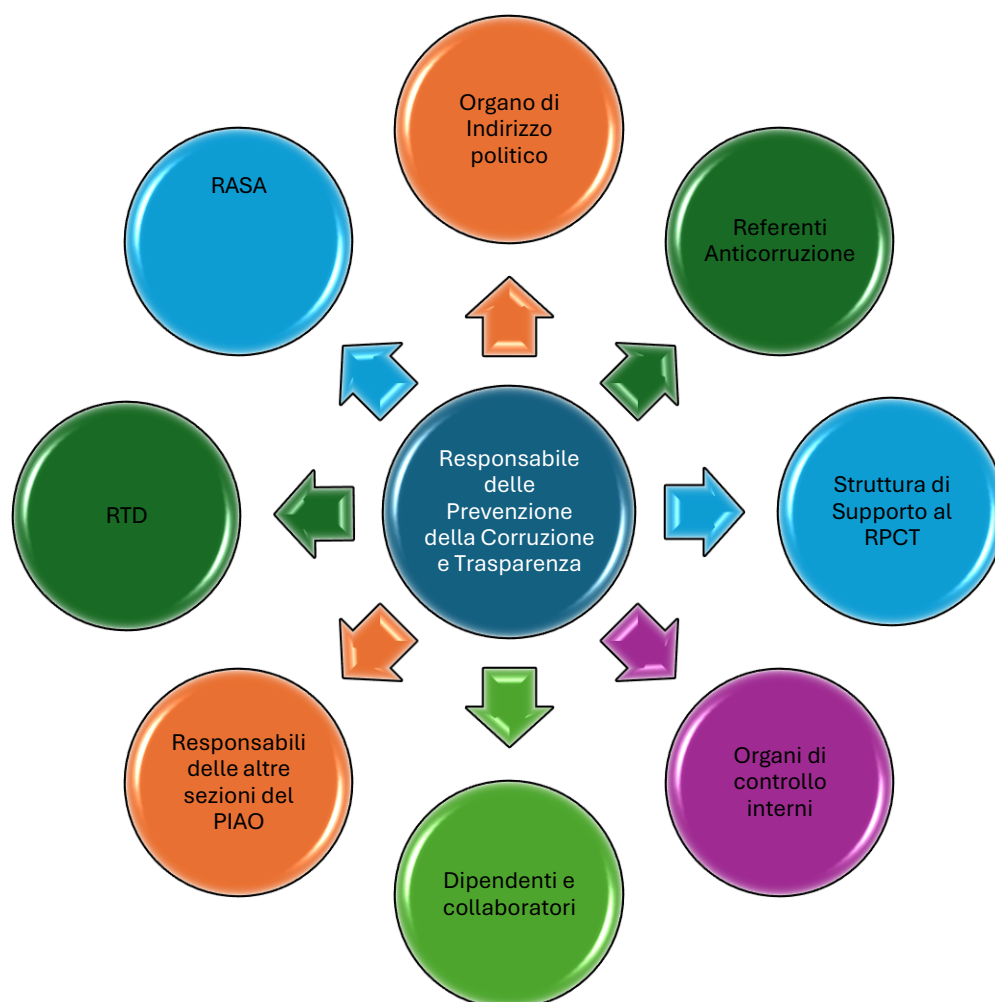
- art. 8: “L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale ...”;
- art. 8 bis: “L'OIV verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, 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”.

Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 dispone che “...*alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate nel PTPCT, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT*”.

A tale proposito si richiama quanto indicato nella sezione 4 relativamente al “monitoraggio sottosezione valore pubblico e *performance*”.

2.3.3 SOGGETTI COINVOLTI

Le figure che intervengono nel processo di formazione ed attuazione delle misure di prevenzione della corruzione sono molteplici, ciascuna con il suo grado di coinvolgimento e responsabilità nell'ambito del sistema di prevenzione.



L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore.

Il ruolo di coordinamento del RPCT, infatti, non deve in nessun caso essere interpretato come una deresponsabilizzazione degli altri soggetti, in particolare dei responsabili delle unità organizzative, in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. A conferma di tale visione, vale considerare che la violazione del dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT comporta una responsabilità disciplinare.

Coerentemente con le indicazioni dell'ANAC, è stata creata in ISS una rete di collaborazione nell'ambito della quale il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento delle attività di prevenzione del rischio di corruzione. La rete mira al coinvolgimento e alla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione e risponde all'esigenza di perseguire un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione inteso anche come perseguimento dell'obiettivo generale di Valore Pubblico.

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA (RPCT)

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190. Il d.lgs. n. 97/2016 ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della Trasparenza.

Il RPCT svolge un ruolo trasversale e, allo stesso tempo, d'impulso e coordinamento del sistema di prevenzione della corruzione, verificandone il funzionamento e l'attuazione.

Tale ruolo si riflette nel potere di predisporre la sezione del PIAO dedicata alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In base alle previsioni normative il RPCT deve:

- Proporre all'Organo di indirizzo la sezione Anticorruzione e trasparenza nel PIAO;
- Vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- Segnalare all'Organo di Indirizzo ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Redigere la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel Piano Anticorruzione;
- Provvedere ad intrattenere i rapporti con l'O.I.V. in relazione alle competenze assegnate dal D.lgs. 97/2016 a cui trasmette annualmente la relazione sulle attività svolte;
- Controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate; in tale adempimento è ricompreso il dovere di segnalare all'organo di indirizzo politico, all'OIV

e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione e di attivare nei casi più gravi anche i conseguenti procedimenti disciplinari;

- Con riferimento all'accesso civico "generalizzato" ricevere e trattare le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta;
- Ricevere e prendere in carico le segnalazioni in materia di *whistleblowing*;
- Vigilare sul rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- Proporre modifiche nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo;
- Curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento;
- Definire le procedure appropriate per formare i dipendenti in tema di prevenzione della Corruzione e individuare il personale da inserire nei programmi di formazione.

Valutato il possesso dei requisiti previsti dalla legge 190/2012 e dalle indicazioni fornite dall'Autorità Anticorruzione da ultimo nell'allegato n.3 al PNA 2022, con provvedimento del 10 gennaio 2024, è stato nominato RPCT dell'ISS il dott. Paolo BOTTINO, dirigente di II fascia con contratto di lavoro a tempo indeterminato, per la durata di un triennio.

Temporanea assenza e periodi di *vacatio* del RPCT

Secondo quanto previsto dal PNA 2022, nell'eventualità di un periodo di assenza temporanea del RPCT le amministrazioni devono definire idonee misure per affrontare tale evenienza.

Si ritiene che, nell'ipotesi in cui vi sia un'assenza imprevista del RPCT dell'ISS, il sostituto possa essere individuato nel Coordinatore della Struttura di Supporto al RPCT.

Quando l'assenza si traduce, invece, in una vera e propria *vacatio* del ruolo di RPCT è compito dell'organo di indirizzo attivarsi immediatamente per la nomina di un nuovo Responsabile, con l'adozione di un atto formale di conferimento dell'incarico.

LA STRUTTURA DI SUPPORTO AL RPCT

Il Piano Nazionale Anticorruzione raccomanda che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata per qualità del personale e per mezzi tecnici. L'ISS si è adeguato alle

prescrizioni nominando, senza maggiori oneri per l'Ente, la Struttura di Supporto all'attuale RPCT con decreto del Direttore Centrale degli Affari Generali.

I componenti della Struttura, con competenze multidisciplinari, non sono esclusivamente dedicati all'anticorruzione ed affiancano questo ruolo a quello istituzionale ricoperto in ISS.

Sono attualmente assegnati alla Struttura di Supporto:

- n. 1 Dirigente di Ricerca
- n.1 Funzionario di Amministrazione
- n. 3 Tecnologi
- n. 4 Collaboratori Tecnici Enti di Ricerca

Tra le funzioni della Struttura di Supporto rientra quello specifico della gestione, con il livello di amministratore del sistema, della Piattaforma Informatica Anticorruzione, e del sistema “*GRISS*”.

La Struttura, per l'espletamento pratico delle sue funzioni, si avvale di una cartella informatica condivisa e di un indirizzo di posta elettronica dedicato.

La durata della Struttura di Supporto è strettamente legata alla durata dell'incarico del RPCT.

L'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO

L'organo di indirizzo politico-amministrativo ha un ruolo fondamentale nel processo di gestione del rischio corruttivo definendo gli indirizzi e le strategie dell'amministrazione, nonché favorendo anche la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo che sia di reale supporto al RPCT.

La collaborazione, in sostanza, deve essere continua e riguardare l'intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione. Tale coordinamento, oltre a rafforzare il ruolo di presidio del Responsabile, consente una condivisione di obiettivi e la diffusione delle “buone pratiche”, con conseguente maggiore probabilità di una concreta efficacia degli strumenti e delle azioni poste in essere.

È il Consiglio di Amministrazione dell'ISS, su proposta del Presidente, che:

- nomina il RPCT dell'ISS e provvede ad assicurare le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia nello svolgimento della sua attività;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano anticorruzione;
- adotta il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione comprendente la sezione Anticorruzione e Trasparenza.

In data 19 dicembre 2023, ai sensi dell'art 4, comma 2, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il Prof. Rocco Bellantone è stato nominato Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità per la durata di quattro anni.

Il Consiglio di Amministrazione è stato nominato con decreto del Ministro della Salute del 22/03/2024 e dura in carica quattro (4) anni a decorrere dalla data del decreto di nomina.

I REFERENTI

La conoscenza capillare della realtà della propria unità organizzativa rende i direttori di Struttura le figure maggiormente indicate a svolgere le funzioni di REFERENTE del RPCT.

Una partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti i responsabili delle unità organizzative contribuisce a creare all'interno dell'amministrazione un tessuto culturale favorevole e consapevole alla prevenzione della corruzione.

All'interno dell'ISS si definiscono come direttori di Struttura le figure di:

- Direttori di Dipartimento,
- Direttori di Centro Nazionale
- Direttori di Servizio
- Direttori di Centro di Riferimento
- Responsabile dell'Organismo Notificato
- Dirigenti Amministrativi
- Responsabili delle Strutture di Supporto alla Presidenza e Direzione Generale.

Il Direttore di Struttura, è la figura più titolata a vigilare sull'osservanza del Piano nella propria Unità con particolare riguardo alle attività a rischio individuate nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO ed alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

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;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella sezione apposita del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale
- 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;

- attuare le misure di propria competenza programmate nel Piano ed operare affinché vi siano le condizioni per l'efficace concretizzazione delle stesse da parte del personale.
- monitorare l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti afferenti alla propria Struttura;
- gestire le dichiarazioni di interesse dei dipendenti della Struttura in osservanza di quanto previsto dal vigente codice di comportamento.

Il legislatore stabilisce, altresì, che il RPCT, d'intesa con i dirigenti competenti, verifichi l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Il Referente, nell'esercizio delle proprie funzioni, può servirsi del supporto della figura del "delegato" del Referente, opportunamente nominato. Il delegato potrà fornire supporto pratico-operativo per gli adempimenti in materia di prevenzione ivi compresa l'attività di inserimento dati nella Piattaforma Informatica Anticorruzione dell'ISS. La nomina del delegato dovrà essere comunicata al RPCT.

I DIPENDENTI E COLLABORATORI DELL'ISS

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità della politica di prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente. Tutti i dipendenti dell'amministrazione hanno di fatto un proprio personale livello di responsabilità nella prevenzione della corruzione, da declinare in relazione ai compiti effettivamente svolti ed agli incarichi ricoperti.

Nello spirito della legge la prevenzione della corruzione, intesa anche come cattiva amministrazione, è un particolare onere che riguarda tutti i dipendenti pubblici e può essere considerato uno dei modi in cui si realizza la previsione dell'art. 54 della Costituzione secondo cui i cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore.

I dipendenti dell'Ente sono tenuti, pertanto, a rispettare le prescrizioni contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. La violazione di queste costituisce illecito disciplinare per espressa previsione della legge 190/2012.

Sia per obbligo giuridico che per dovere etico dovranno:

- osservare le misure contenute nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- osservare le prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ISS;
- partecipare al processo di riduzione del rischio prestando massima collaborazione al RPCT
- segnalare le situazioni di illecito.

Anche i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione osservano le misure contenute nella sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e sono tenuti a segnalare le situazioni di illecito.

GLI ORGANI DI CONTROLLO INTERNO

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Le funzioni già affidate agli *Organismi Indipendenti di Valutazione (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. Il fine ultimo è quello di coordinare al meglio gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale con l'attuazione delle misure di prevenzione.

La legge prevede la facoltà attribuita all'OIV di richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art 1 co 8-bis L 190/2012). L'Organismo è tenuto anche a verificare i contenuti della Relazione Annuale del RPCT contenente i risultati dell'attività svolta che viene pubblicata nel sito *web* dell'ISS. Nell'ambito delle verifiche su tale relazione l'OIV ha la facoltà di chiedere al RPCT le informazioni ed i documenti che ritiene necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo.

L'OIV inoltre:

- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, co.5, d.lgs. 165/2001.
- recepisce eventuali segnalazioni da parte del RPCT di casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- 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 (CDR)

Il Ruolo del CDR nel sistema di anticorruzione discende dal generale ruolo di verifica circa la correttezza dell'attività amministrativa oltre a presiedere ai controlli e alle verifiche sugli atti strettamente di natura "contabile-finanziaria".

I RESPONSABILI DELLE ALTRE SEZIONI DEL PIAO

E' opportuno che il RPCT e i Responsabili delle altre sezioni del PIAO si coordinino e integrino le rispettive competenze, ma sempre su un piano di assoluta parità e autonomia valutativa.

Tale coordinamento è funzionale ad individuare più facilmente le criticità e le relative cause ed operare tempestivamente interventi correttivi.

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Il Responsabile per la protezione dei dati (*Data Protection Officer - DPO*), è la figura che deve essere obbligatoriamente designata dal Titolare e dal Responsabile del trattamento, ai sensi dell'art. 37 del GDPR.

Tale figura costituisce il punto di riferimento per l'RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano il rapporto tra la protezione dei dati personali e gli adempimenti sulla trasparenza.

Nello specifico, nei casi di istanze di riesame a seguito del mancato riscontro ad accessi civici generalizzati, il RPCT può richiedere un parere al RPD per quanto possa riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali.

In ISS l'incarico di *Data Protection Officer* è affidato a *Scudo Privacy S.r.l.*, nella persona del Dott. Carlo Villanacci, raggiungibile all'indirizzo: responsabile.protezionedati@iss.it.

IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016/18 ha inteso l'individuazione del RASA come una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Il RASA è incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa.

Con la Delibera n. 831 del 3/8/16 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016/18 è stato rappresentato che, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati (RASA) e a indicarne il nome all'interno del PTPCT (ora PIAO).

Il RASA nominato per l'Istituto, nella sua qualità di Stazione Appaltante è l'Architetto dott. Giovanni CARABOTTA, Direttore dell'Ufficio Contratti.

2.3.4 IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

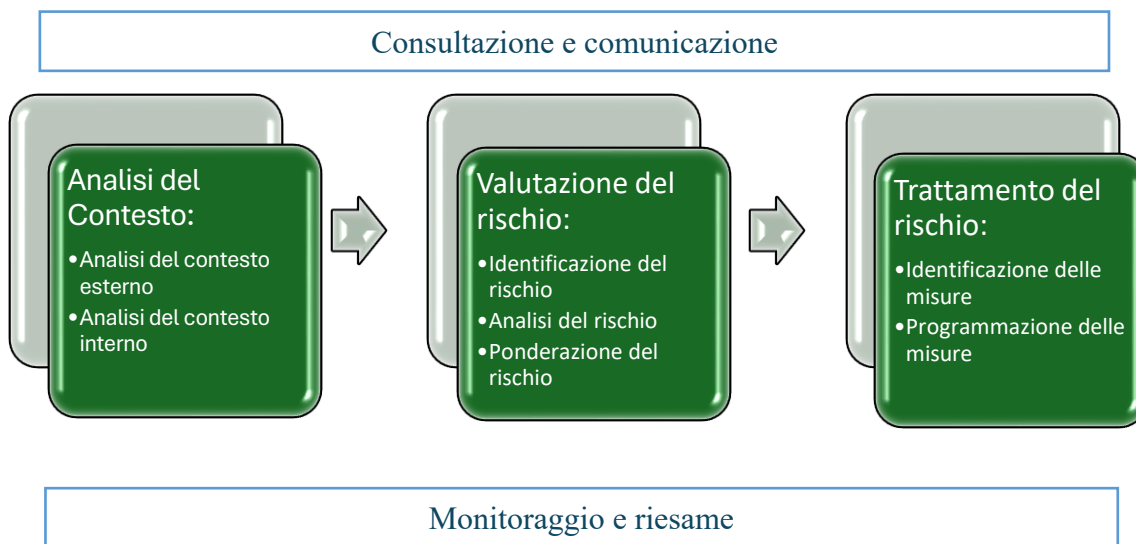
Il ciclo di gestione del rischio corruttivo è un processo strutturato e dinamico orientato a prevenire e mitigare i rischi di corruzione all'interno dell'Amministrazione. Ha come sua principale finalità quella di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'operato e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi intesi anche con il concetto ampio di fenomeni di “*maladministration*”, vale a dire gestione irregolare delle funzioni pubbliche attribuite.

Per “rischio” o per meglio dire “evento rischioso” si intende l'evento che potrebbe, anche solo potenzialmente, verificarsi. Pertanto, data l'ampiezza delle situazioni che possono rientrare nella categoria di “rischio”, le Amministrazioni sono tenute ad elaborare una strategia di prevenzione del rischio corruttivo che parta dall'analisi delle dinamiche che possono favorire un contesto corruttivo, anche attraverso l'analisi del sistema di attori e delle relazioni interne ed esterne.

La “gestione del rischio” è l'insieme delle attività coordinate che puntano a ridurre le probabilità che il rischio si verifichi e che creano un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le principali fasi del ciclo sono:

1. **Analisi del contesto:** che prevede l'analisi del contesto interno ed esterno dell'organizzazione per identificare i fattori che possono influenzare il rischio di corruzione. Parte essenziale dell'analisi del contesto interno è la Mappatura dei processi attraverso cui identificare e descrivere i processi con il fine di individuarne i punti critici.
2. **Valutazione del rischio:** che prevede la valutazione dei rischi identificati, considerando la probabilità di accadimento e l'impatto potenziale.
3. **Trattamento del rischio:** che prevede la definizione di misure preventive e correttive per mitigare i rischi di corruzione.
4. **Monitoraggio e riesame:** sono fasi trasversali che prevedono la revisione ed il monitoraggio continuo del sistema di gestione del rischio nel suo complesso per assicurarne l'efficacia.
5. **Consultazione e comunicazione:** sono fasi trasversali a tutte le altre e prevedono attività di coinvolgimento attivo dei soggetti coinvolti nel ciclo.



La prima fase consiste nell'analisi del contesto interno ed esterno, volta a individuare gli elementi organizzativi, normativi, socio-economici e ambientali che possono incidere sul livello di esposizione al rischio. Tale analisi consente di avere una visione complessiva dell'Ente e dei suoi processi, costituendo la base per la successiva identificazione delle attività più sensibili.

La fase di valutazione del rischio prevede l'individuazione degli eventi corruttivi potenziali e la stima della loro probabilità di accadimento e del relativo impatto sull'amministrazione, attraverso metodologie trasparenti e parametri comparabili.

Sulla base dei rischi individuati, vengono quindi definite e pianificate le misure di trattamento, che possono includere interventi organizzativi, semplificazioni procedurali, sistemi di controllo interno, iniziative di formazione e responsabilizzazione del personale, nonché strumenti di trasparenza e partecipazione.

Il ciclo si completa con il monitoraggio e la verifica periodica dell'efficacia delle misure adottate, al fine di individuare eventuali criticità, correggere tempestivamente le strategie e garantire l'aggiornamento costante del sistema di prevenzione.

Sviluppandosi in maniera ciclica in ogni sua ripartenza il ciclo dovrà tener conto in un'ottica migliorativa delle risultanze del ciclo precedente, evidenziate nella Relazione Annuale del RPCT e si dovrà adattare ad eventuali variazioni intervenute nel contesto interno ed esterno.

Per gestire il flusso dei dati relativi al ciclo di gestione del rischio corrottivo con le Strutture, l'Istituto Superiore di Sanità si è dotato da alcuni anni di una PIATTAFORMA INFORMATICA ANTICORRUZIONE resa disponibile nella sezione *intranet* del sito istituzionale <https://intranet.iss.it/inetISS/>

Attraverso la raccolta dei dati che, in modo costante, vengono aggiornati dai Referenti Anticorruzione, l'applicativo è in grado di rispondere al principio guida del miglioramento progressivo e continuo del sistema prevenzione nel suo complesso ed alla possibilità per il Responsabile Anticorruzione di monitorare il ciclo, chiedendo, ove sia necessario, di apportare i necessari correttivi.

Sono abilitati ad accedere alla piattaforma i Referenti Anticorruzione ed i loro delegati.

L'utilizzo della piattaforma ha permesso di consolidare una responsabilità più diffusa tra i soggetti coinvolti a tutti i livelli nella politica di prevenzione. L'efficacia del sistema messo in atto è dipesa infatti, in larga misura, da una maturata consapevolezza che il sistema di prevenzione della corruzione deve essere frutto di un lavoro congiunto.

La piattaforma anticorruzione rappresenta oggi una vera e propria banca dati costantemente aggiornata. Per ciascuna Struttura sono rappresentati i processi e sono individuate le fasi di attività di cui il processo si compone. Di ogni fase è specificato:

- ✓ la descrizione
- ✓ il soggetto che svolge l'attività
- ✓ l'eventuale individuazione del rischio nella fase
- ✓ il valore del rischio inerente calcolato mediante l'applicazione dello *strumento di misurazione del rischio dell'ISS*
- ✓ la misura di contenimento individuata
- ✓ l'indicatore di monitoraggio della misura
- ✓ il soggetto responsabile dell'attuazione della misura
- ✓ il grado di applicazione delle misure di contenimento
- ✓ la tempistica di attuazione
- ✓ il valore del rischio residuo calcolato mediante l'applicazione dello *strumento di misurazione del rischio dell'ISS*

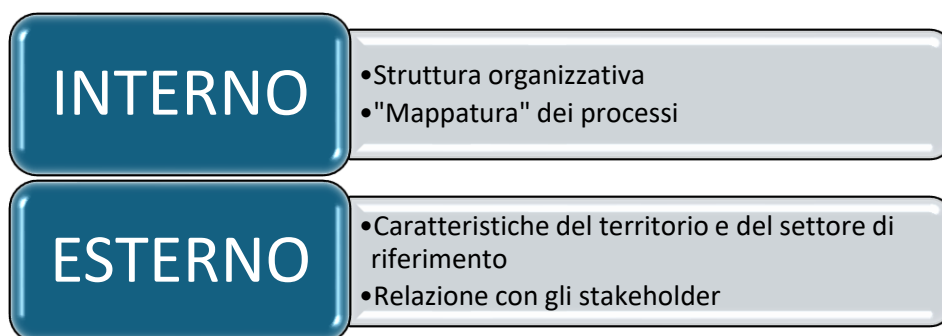
Poiché nella piattaforma i dati vengono immessi in modo standardizzato è possibile ricavare *report*, anche di tipo analitico sulle singole Strutture fornendo informazioni in tempo reale su:

- Processi e relativa articolazione in fasi;
- Rischi e loro misurazione (*registro degli eventi rischiosi*);
- Misure di contenimento e relativa categorizzazione;
- Indicatori di monitoraggio.

I dati riguardanti l'intero Processo di Gestione del Rischio Corruttivo delle Strutture Scientifiche e Amministrative dell'ISS sono rappresentati nell'**ALLEGATO 1 al PIAO 2026-28** "*Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell'Istituto Superiore di Sanità*".

2.3.4.1 ANALISI DEL CONTESTO

La prima delicata ed indispensabile 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 ottenere le informazioni necessarie a identificare i fattori chiave che influenzano l'organizzazione ed a 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.



CONTESTO ESTERNO

L'Istituto opera su scala nazionale e internazionale, in piena coerenza con la missione sancita dallo Statuto approvato con delibera n. 7 del Consiglio di Amministrazione del 29 aprile 2024. La sua attività è finalizzata alla promozione e alla tutela della salute pubblica, attraverso funzioni di ricerca, controllo, consulenza, regolazione, formazione e informazione.

L'azione dell'Istituto si articola in ampie macroaree che comprendono tutti i principali domini della salute pubblica, garantendo un approccio integrato e multidisciplinare.

In qualità di principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica, esso svolge un ruolo di supporto tecnico-scientifico al Ministero della Salute, alle agenzie e agli istituti nazionali, alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano, nonché all'intero Servizio Sanitario Nazionale. Collabora inoltre con le istituzioni centrali del Paese — tra cui la Presidenza del Consiglio dei Ministri, i Ministeri, le Forze Armate e il sistema giudiziario — consolidando la propria funzione di riferimento strategico per la salute pubblica a livello nazionale.

Parallelamente, l'Istituto è attivamente impegnato sul piano internazionale, attraverso una rete consolidata di collaborazioni con la Commissione Europea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e le sue articolazioni interne, le agenzie specializzate, i principali organismi multilaterali, le

università e le istituzioni tecnico-scientifiche di altri Paesi, rafforzando così il proprio ruolo di attore globale nella tutela della salute.

Un ulteriore bacino di riferimento è rappresentato dagli *stakeholders* con i quali l'Istituto si relaziona nell'ambito delle proprie attività istituzionali — quali rilascio di certificazioni, pareri, valutazioni e controlli.

L'analisi del contesto ambientale entro cui l'Istituto opera costituisce un obiettivo strategico per la prevenzione della corruzione e per la definizione di procedure e misure volte a ridurre il rischio di fenomeni corruttivi. In tale prospettiva, considerata l'eterogeneità dei soggetti con i quali le Strutture dell'ISS si relazionano quotidianamente nello svolgimento delle proprie funzioni, è stata avviata una ricognizione sistematica del contesto esterno che ha coinvolto direttamente tutte le articolazioni dell'Istituto.

L'indagine è stata avviata tramite apposita richiesta ai Capi Struttura del 17 settembre 2025, unitamente a un manuale esplicativo per la compilazione dei dati richiesti, ed ha riguardato l'individuazione puntuale dei soggetti esterni con cui ciascuna Struttura intrattiene relazioni istituzionali, distinguendo tra diverse categorie: soggetti pubblici nazionali, soggetti pubblici internazionali, enti e aziende private nazionali ed estere, associazioni di categoria e organizzazioni dei consumatori.

La richiesta di comunicazione dei dati, con scadenza al 3 ottobre, è stata indirizzata a tutte le Strutture dell'ISS, sia di natura amministrativa (9) sia di natura scientifica (30). Hanno fornito riscontro 27 Strutture, di cui 5 amministrative e 22 scientifiche.

Dall'analisi dei dati raccolti emerge che gli *stakeholders* con cui l'Istituto si relaziona sono prevalentemente enti di natura pubblica, sia nazionali sia internazionali, e in misura significativa soggetti privati operanti a livello nazionale e internazionale.

Tale evidenza fa rilevare un coinvolgimento di soggetti anche del settore privato quale interlocutore nelle attività istituzionali dell'ISS e sottolinea la necessità di rafforzare strumenti di monitoraggio e misure di prevenzione dei rischi corruttivi, in un contesto caratterizzato dalla presenza di una pluralità di attori ed interessi.

In tale contesto risulta opportuno procedere ad un approfondimento con le strutture medesime, circa la avvenuta individuazione di misure specifiche di prevenzione laddove si rinvenivano interlocutori di natura privata nello svolgimento delle attività di pertinenza.

Tale analisi sarà condotta avendo come riferimento la mappatura dei processi nell'ambito del contesto interno ed i relativi dati disponibili nella piattaforma per la gestione del rischio corruttivo.

Le risultanze della analisi del contesto esterno sono inserite in un *registro degli stakeholders* che sarà aggiornato annualmente.

CONTESTO INTERNO – LA MAPPATURA DEI PROCESSI

L'ISS ha operato, a partire dall'annualità 2019 un lavoro capillare di mappatura, che ha via via interessato tutte le Strutture dell'ISS, così come individuate nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento.

Data la molteplicità delle attività svolte, le strutture scientifiche dell'Ente sono concepite in maniera duttile e, all'occorrenza, in relazione a nuove funzioni attribuite all'Istituto da norme legislative o regolamentari, o in presenza di particolari e contingenti situazioni di necessità correlate alle attività istituzionali, od anche per una ottimale gestione di un'attività istituzionale, possono essere istituite, modificate, trasformate o integrate.

Nel corso del 2025 l'Istituto è stato interessato dalle seguenti variazioni:

- Soppressione del *Centro Nazionale per la Telemedicina e le nuove Tecnologie Assistenziali*;
- Soppressione del *Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la qualità e la sicurezza delle cure*;
- Trasformazione del *Centro Nazionale per le Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica* in *Centro Nazionale Intelligenza Artificiale, HTA e Tecno-assistenza*;
- Trasformazione del *Centro Nazionale della Clinical Governance* in *Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure*.

Per le Strutture sopra elencate si provvederà, nel corso del 2026, ad adeguare la mappatura dei processi alle modifiche che sono intervenute nella ridistribuzione delle attività e funzioni.

Considerato che ai fini della prevenzione della corruzione la mappatura dei processi è l'aspetto centrale poiché permette, di fatto, di identificare i punti vulnerabili dell'attività nei quali si potrebbe annidare un rischio corruttivo, il RPCT dell'Ente ha scelto di operare un'analisi molto dettagliata individuando non solo i processi ma anche le singole fasi di cui questi si compongono, ritenendo che la formulazione di un'adeguata mappatura incida sulla qualità complessiva del ciclo di gestione del rischio.

Dal livello di approfondimento scelto per l'analisi della mappatura è dipesa infatti la possibile identificazione dei punti più vulnerabili del processo e, conseguentemente, i potenziali rischi corruttivi che potrebbero insorgervi.

E' da evidenziare come la mappatura dei processi possa costituire anche un prezioso strumento di gestione volto al miglioramento dell'intera attività dell'amministrazione perché può evidenziare duplicazioni di funzioni ed inefficienze delle attività.

Il risultato ottenuto a seguito della mappatura è l'identificazione **dell'elenco completo di tutti i processi** e non solo dei procedimenti amministrativi che da soli non sono sufficienti a descrivere l'attività dell'ISS e la sua peculiarità quale Ente di Ricerca autorevole.

L'elenco dei processi è stato successivamente aggregato in “aree di attività” intese come raggruppamento omogeneo di processi che insieme coprono tutti i campi di azione dell'Ente.

Le aree di attività dell'ISS, ai fini della rendicontazione sulla piattaforma ANAC dello stato degli adempimenti, sono state ricondotte alle aree di rischio ANAC e sono state accorpate nelle seguenti aree di rischio:

- A. Concorsi e prove selettive
- B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato (es. autorizzazioni e concessioni, etc.)
- C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato (es. erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, etc.)
- D.1 Contratti pubblici - Programmazione
- D.2 Contratti pubblici - Progettazione della gara
- D.3 Contratti pubblici - Selezione del contraente
- D.4 Contratti pubblici - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
- D.5 Contratti pubblici - Esecuzione
- D.6 Contratti pubblici - Rendicontazione
- E. Incarichi e nomine
- F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- H. Affari legali e contenzioso
- I. Gestione Fondi PNRR e fondi strutturali
- L. Processi collegati a obiettivi di performance
- M. Processi con esposizione a rischi corruttivi significativi
- N. Procedure relative ad aree a rischio specifico del singolo ente
- O. Aree a rischio

N.	Descrizione area di attività ISS	AREA RISCHIO ANAC
1	Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad. AIFA/Ministero/Regioni Analisi di revisione ecc.)	N
2	Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release)	N
3	Emissione pareri (valutazione della documentazione)	N
4	Attività ispettiva (coordinata dall'ISS)	G
5	Attività ispettiva (coordinata da ente esterno all'ISS)	G
6	Incontri tecnici e Commissioni, Attività di produzione e valutazione di linee guida HTA	N
7	Procedure autorizzative e certificative	B
8	Consulenze tecnico-scientifiche, tavoli di lavoro, docenze, partecipazione in qualità di relatori ad eventi organizzati da esterni	N

9	Sfruttamento dei risultati della ricerca scientifica con trasferimento a terzi di conoscenze con potenziale impatto economico proprietà intellettuale (spin off) Attività brevettuale	N
10	Allocazione organi (attività del CNT)	M
11	Gestione archivi e banche dati	N
12	Partecipazione a Bandi di Ricerca, progetti/convenzioni finanziati da Enti pubblici e privati	N
13	Attività di Ricerca Scientifica	N
14	Diagnostica	N
15	Partecipazione ad indagini statistiche	N
16	Risposte a quesiti posti da Istituzioni pubbliche/cittadini/enti privati	N
17	Promozione coordinamento della partecipazione dell'ISS a bandi di ricerca finanziati da enti nazionali ed internazionali art.15 decreto 2 marzo 2016	N
18	Importazione ed esportazione del sangue umano e dei suoi prodotti (attività del CNS)	M
19	Compensazione emocomponenti (attività del CNS)	M
20	Coordinamento misure per autosufficienza (attività del CNS)	M
21	Acquisto di beni e servizi	D1
22	Attività a di supporto alla ricerca	N
23	Gestione del personale nelle Strutture	O
24	Relazioni Esterne e Rapporti internazionali	N
25	Coordinamento eventi formativi e divulgazione scientifica	N
26	Rapporti con la stampa	O
27	Sorveglianza	N
28	Formazione	O
31	Rapporti con le Organizzazioni Sindacali	O
32	Rapporti con gli Organi Collegiali	O
33	Attività di consulenza giuridica	H
34	Attività di coordinamento dell'applicazione normativa in materia di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi	O
35	Archivio e protocollazione documenti	O
36	Relazioni con l'associazione dei dipendenti dell'ISS	O
37	Smistamento posta in entrata ed uscita dall'ISS	O
38	Autorizzazione Incarichi extraistituzionali	E
39	Attribuzione indennità	C
40	Conservazione fascicoli del personale	O
41	Predisposizione bilanci preventivi e consuntivi	F
42	Gestione entrate e spese dell'Ente	F
43	Trattamento economico del personale	F
44	Gestione fondo economale	F
45	Gestione settore fiscale e previdenziale	F
46	Contenzioso del lavoro	H
47	Procedimenti disciplinari	H
48	Procedure di gara	D1
49	Gestione servizi manutentivi	D1

54	Gestione albo fornitori	D1
55	Gestione spese per convegni, congressi, manifestazioni scientifiche	F
56	Contratti all'estero	D1
57	Gestione ufficio del Consegnatario	D
58	Attività di reclutamento personale a tempo indeterminato e determinato	A
59	Conferimento borse di studio	A
60	Attività di formazione dei dipendenti dell'ISS	O
61	Attività di gestione afferente agli accordi di collaborazione ed i contratti di ricerca	C
62	Attività di gestione correlata agli incarichi di collaborazione a valere su fondi di programmi di ricerca	N
63	Adempimenti pertinenti l'attività brevettuale	N
64	Adempimenti amministrativi in materia di partecipazione a società, consorzi, associazioni	N
65	Progressioni di carriera	C
66	Performance e controllo di gestione	L
67	Sistemi informatici	M
68	Sorveglianza e controllo accessi	O
69	Prevenzione e protezione dei lavoratori Valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro	O
70	Prevenzione e protezione dei lavoratori Sorveglianza sanitaria	O
71	Prevenzione e protezione dei lavoratori Gestione delle emergenze	O
72	Denunce INAIL	O
73	Procedure per il conferimento di incarichi	E
74	Azioni risarcitorie	H
75	Adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	G
76	Privacy	M
77	Audit sulle frodi	G
78	Benessere organizzativo e psicofisico nei luoghi di lavoro	B
79	Attività di segreteria di Strutture di vertice	O
80	Contratti - Programmazione	D1
81	Contratti pubblici - Progettazione della gara	D2
82	Contratti pubblici - Selezione del contraente	D3
83	Contratti pubblici - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	D4
84	Contratti pubblici - Esecuzione	D5
85	Contratti pubblici - Rendicontazione	D6

La mappatura dei processi completa è rappresentata nella sua interezza nell'ALLEGATO 1 al PIAO 2026-28 *“Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell'Istituto Superiore di Sanità”*.

2.3.4.2 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

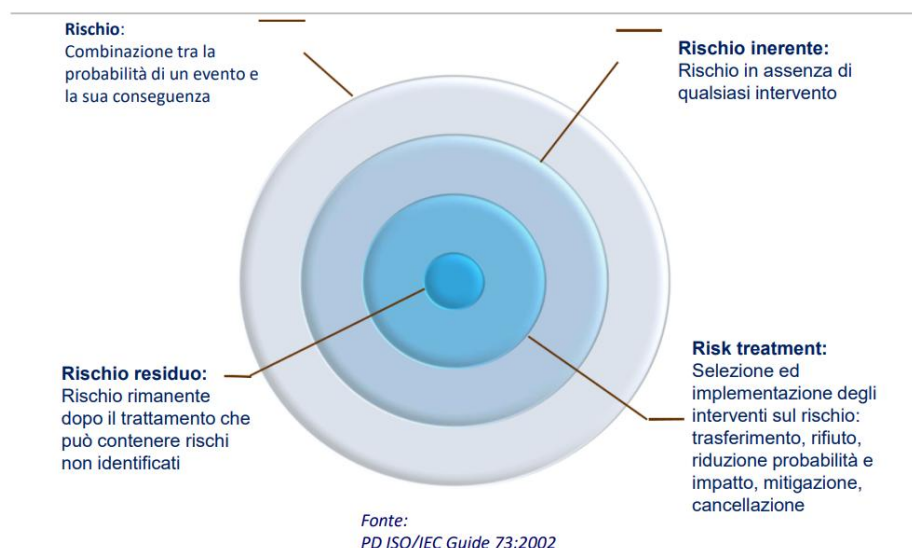
Per “rischio” il PNA intende “*l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale dell’ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento*”. Per “evento” si intende “*il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze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

Il rischio, in assenza di qualsiasi intervento di correzione è detto rischio inerente.

Considerando che nessun rischio può essere eliminato nella sua totalità, si definisce rischio residuo quella quota parte di rischio rimanente dopo l’applicazione della misura di contenimento.

Di seguito una immagine, tratta da PD ISO/IEC Guide 73:2002, che ne rappresenta con maggiore chiarezza il concetto:

“Filosofia” del rischio



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;
- la ponderazione.

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che potrebbero, anche solo ipoteticamente, verificarsi e tramite cui si potrebbe concretizzare un fenomeno corruttivo, inteso anche come "malamministrazione".

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

In questa fase, il coinvolgimento dei Referenti è stato fondamentale perché la conoscenza dettagliata delle attività e competenze della Struttura diretta, ha permesso un'analisi reale degli ipotetici rischi.

È stato scelto un livello di dettaglio più avanzato, non con l'identificazione del rischio di un determinato processo, ma mediante l'identificazione del rischio nella singola fase del singolo processo

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

Questo ha portato di fatto alla creazione di un vero e proprio "registro degli eventi rischiosi", contenuto nell'ALLEGATO 1 al presente PIAO.

ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo, il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio

Nell'analisi dei rischi possono essere considerati fattori abilitanti:

- a) mancanza di controlli
- b) mancanza di misure di contenimento del rischio
- c) mancanza di trasparenza;
- d) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- e) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- f) scarsa responsabilizzazione interna;
- g) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- h) scarsa diffusione della cultura della legalità;

A seguito della mappatura dei processi e della identificazione degli eventi rischiosi si è proceduto con la valutazione del livello di rischio.

L'ISS si è dotato di un proprio sistema di valutazione/misurazione del rischio che è stato dapprima testato con le Strutture e poi applicato a tutti i potenziali rischi individuati.

Nella fase di test lo strumento si è rilevato facilmente utilizzabile e concretamente applicabile sia per la misurazione delle fasi dei processi delle aree scientifiche, sia per quelle dei processi delle aree amministrative.

Come risultato del lavoro di misurazione i rischi sono stati classificati in base al loro livello in:

- rischi di livello basso
- rischi di livello medio
- rischio di livello alto

Lo strumento di misurazione del rischio in ISS

Il sistema di valutazione del rischio dell'ISS misura il valore del “*rischio inerente*” e del “*rischio residuo*” delle singole fasi e non dell'intero processo risultante dalla mappatura.

Il sistema di valutazione è stato pensato sia per l'area amministrativa che per l'area tecnico-scientifica; in fase di effettiva applicazione si è rilevato facilmente utilizzabile e concretamente capace di misurare i rischi relativi ai processi.

E' uno strumento di tipo *qualitativo* e si basa su 3 indici di *probabilità* di rischio e 3 indici di *impatto* in relazione alle caratteristiche della fase

La scelta di limitarsi a 3 indici per i due aspetti presi in esame è stata dettata dal fatto che l'analisi dei processi, in particolar modo quelli legati all'area scientifica, ha evidenziato che alcuni di essi si suddividono in un numero elevatissimo di fasi (circa 20).

Per valutare **le probabilità di rischio** sono stati scelti i 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?

Per valutare **l'impatto** sono stati scelti i 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?

PROBABILITA'	i n d i c a t o r i	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità	IMPATTO	v a l o r e	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità ed il valore dell'impatto)
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	B	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?	B	B	B
Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?	B		Come valuti l'impatto economico della fase?	B		
Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B		A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B		

In risposta ad ogni domanda sono stati individuati dei **descrittori** che condurranno alla scelta se attribuire al rischio un valore:

- **Alto**
- **Medio**
- **Basso**

Di seguito si illustrano i descrittori per ciascuna delle domande di probabilità ed impatto:

- 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?
 - **Alto**: se la fase è gestita da una sola persona
 - **Medio**: se la fase è gestita da due persone
 - **Basso**: se la fase è gestita da più di due persone
- Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?
 - **Alto**: se la fase prevede la presenza di soggetti esterni portatori di interesse con cui si ha contatto abituale;
 - **Medio**: se la fase prevede la presenza di soggetti esterni portatori di interesse con cui non si ha contatto abituale;
 - **Basso**: se la fase non prevede la presenza di soggetti esterni portatori di interesse

- Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?
 - *Alto*: se il processo si articola in una o due fasi;
 - *Medio*: se il processo si articola in 3,4,5 fasi;
 - *Basso*: se il processo si articola in più di 5 fasi.
- Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?
 - *Alto*: se una cattiva gestione della fase potrebbe portare a notizie che mettono in cattiva luce l'Ente sulla stampa nazionale o internazionale;
 - *Medio*: se una cattiva gestione della fase potrebbe portare a notizie che mettono in cattiva luce l'Ente esclusivamente sulla stampa di settore;
 - *Basso*: se è altamente improbabile che una cattiva gestione della fase potrebbe finire sulla stampa.
- Come valuti l'impatto economico della fase?
 - *Alto*: se la fase ha una rilevanza economica importante;
 - *Medio*: se la fase ha una rilevanza economica minima;
 - *Basso*: se la fase non ha rilevanza economica.
- A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?
 - *Alto*: se la responsabilità della fase è in capo al Direttore di Struttura;
 - *Medio*: se la responsabilità della fase è in capo alle seguenti figure Primo Ricercatore /PrimoTecnologo, Ricercatore/Tecnologo, Funzionario di Amministrazione;
 - *Basso*: se la responsabilità della fase è in capo alle seguenti figure: CTER, CAER, OPTER

Le risposte alle domande degli indicatori proposti determinano il valore di ciascun elemento valutativo del rischio complessivo.

Nella figura seguente è evidenziato il campo in cui si colloca il valore risultante:

PROBABILITA'	i n d i c a t o r i	Il VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità	IMPATTO	v a l o r e	Il VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità ed il valore dell'impatto)
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?	A	M	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?	A	M	M
Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?	M		Come valuti l'impatto economico della fase?	M		
Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B		A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B		

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

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

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)	Alto (A)
Alto (A)	Alto (A)	Medio (M)	Alto (A)
Alto (A)	Alto (A)	Basso (B)	Alto (A)
Medio (M)	Medio (M)	Alto (A)	Medio (M)
Medio (M)	Medio (M)	Medio (M)	Medio (M)
Medio (M)	Medio (M)	Basso (B)	Medio (M)
Basso (B)	Basso (B)	Basso (B)	Basso (B)
Basso (B)	Basso (B)	Medio (M)	Basso (B)
Basso (B)	Basso (B)	Alto (A)	Basso (B)
Alto (A)	Medio (M)	Basso (B)	Medio (M)

La combinazione del valore di rischio derivante dalla probabilità dell'evento rischioso e del suo impatto determina il **valore del rischio** della fase.

Nella tabella seguente è evidenziata la combinazione dei due valori e il risultato che ne deriva.

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

La figura seguente dimostra lo sviluppo e la conclusione del sistema di valutazione, con attribuzione finale del valore del rischio presente nella fase del processo mappato.

PROBABILITA'	i n d i c a t o r i	II VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità	IMPATTO	v a l o r e	II VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità ed il valore dell'impatto)
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?	A	M	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?	A	M	M
Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?	M		Come valuti l'impatto economico della fase?	M		
Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B		A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B		

L'applicazione pratica dello strumento sopra descritto ha portato dapprima alla misurazione del **rischio inerente** e, successivamente all'applicazione della misura di contenimento, alla misurazione del **rischio residuo**.

Anche la rappresentazione di questo set di dati è contenuta nell'ALLEGATO 1 al presente PIAO.

LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO

La fase della ponderazione del rischio, successiva a quella di analisi e 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.

2.3.4.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase di trattamento del rischio 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 del rischio e sulla base della valutazione operata dai referenti della rilevanza dei processi di competenza.

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare le misure che debbono essere predisposte per ridurre il rischio.

Le misure di riduzione del rischio peraltro sono tipizzate in categorie dal PNA 2019 che le individua nel seguente elenco:

- 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 rotazione
- misure di disciplina del conflitto di interessi

Tali misure si distinguono in generali (o obbligatorie) e specifiche.

Le misure generali (o obbligatorie) incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione ed intervengono in senso trasversale sull'intera amministrazione. Delle misure obbligatorie si darà conto nel paragrafo seguente.

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 specifiche 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 sistema di valutazione illustrato, 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 1 al PIAO 2026-28.

GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO

Al fine di poter agire tempestivamente su una o più variabili definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure, il PNA consiglia l'utilizzo di indicatori di monitoraggio specifici per ogni tipologia di misura.

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.

Gli indicatori di monitoraggio specifici per l'ISS individuati e riportati nella tabella seguente 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).

Il set di indicatori sotto riportato è reso fruibile tra le funzionalità della piattaforma. I Referenti anticorruzione e loro delegati, conseguentemente all'individuazione della misura di monitoraggio, che deve sempre seguire il principio guida di essere concretamente applicabile e monitorabile, sono tenuti ad inquadrare la stessa nella categoria adeguata.

Successivamente al processo di categorizzazione della misura, la piattaforma mette a disposizione il set di indicatori proprio di quella categoria.

I Referenti sono tenuti quindi ad indicare l'indicatore che ritengono più idoneo per effettuare il controllo di primo livello sull'attuazione della misura.

Il Responsabile Anticorruzione, sempre utilizzando lo stesso set di indicatori, potrà successivamente effettuare il monitoraggio di secondo livello.

Nel corso dell'anno 2025 si è provveduto, con la collaborazione delle Strutture ISS, ad effettuare un lavoro di aggiornamento degli indicatori di monitoraggio al fine da renderli maggiormente rispondenti alle esigenze di rendicontazione da parte delle stesse.

Entro il primo semestre 2026 gli esiti di tale aggiornamento saranno riportati nelle funzionalità della piattaforma in modo che sarà possibile utilizzare il nuovo set di indicatori in occasione del monitoraggio di I livello sull'applicazione delle misure che sarà effettuato nella seconda parte dell'anno 2026.

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 di controlli incrociati	Verifica di attuazione On/off
	4) Numero di controlli a campione sull'attività effettuati	Quantitativo
	5) Presenza di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
	6) Esecuzione di audit interni	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 di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
	4) Pubblicazione di articolo scientifico sui risultati della ricerca effettuata	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	Quantitativo
	2) Presenza 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 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 di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza 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 di un documento di pianificazione della formazione	Verifica di attuazione On/off
	3) Presenza 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 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 della dichiarazione firmata di assenza del conflitto di interessi	Verifica di attuazione On/off
	2) Presenza di un documento che attesti che il processo/fase è gestito nell'ambito del sistema qualità	Verifica di attuazione On/off
	3) Numero controlli a campione delle dichiarazioni di assenza del conflitto interessi	Quantitativo

2.3.5 LE MISURE GENERALI

Le misure generali o obbligatorie intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

La loro programmazione nel presente Piano è necessaria per definire nel concreto la strategia di prevenzione con la chiara indicazione anche dei responsabili della loro attuazione.

Le misure obbligatorie 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.

2.3.5.1 CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS

Un codice di comportamento ben strutturato è uno strumento essenziale per costruire un ambiente di lavoro etico e trasparente, che non solo previene la corruzione ma promuove anche la fiducia e la responsabilità. Ogni singola Amministrazione è tenuta ad adottare un proprio codice di comportamento come strumento volto al perseguimento di obiettivi di integrità e trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni.

A seguito dell'emanazione della legge del 6 novembre 2012, n. 190, i codici di comportamento sono divenuti un vero e proprio pilastro nella strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo. Proprio per questo i codici di comportamento costituiscono una delle misure generali su cui è maggiormente concentrato il Legislatore, attribuendogli un'efficacia obbligatoria.

In conformità con quanto previsto dall'art. 54 del D.lgs. 165/2001, con il Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62, è stato adottato il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

L'Istituto si è dotato di un proprio codice di comportamento approvato dal Consiglio di amministrazione che, nella seduta del 21 dicembre 2022.

In ottemperanza con quanto stabilito dal precedente Piano, si è proceduto, dapprima, alla somministrazione a tutti i dipendenti, tramite la piattaforma "*Microsoft Form*", di un questionario sulla conoscenza del codice di comportamento,

Anche sulla scorta delle risultanze del questionario citato, si è proceduto alla realizzazione di un breve corso avente ad oggetto il codice di comportamento vigente in Istituto.

Il corso, realizzato in maniera del tutto autonoma, è stato strutturato in maniera da garantirne una facile fruizione, ed è stato rivolto alla totalità dei dipendenti con l'uso della piattaforma "*Moodle*".

Nel momento in cui si scrive il corso è stato frequentato da più di mille dipendenti dell'Ente, che hanno conseguito il relativo attestato di partecipazione a seguito del superamento di un test finale di apprendimento.

Assumendo una particolare rilevanza, come noto, la disciplina delle situazioni di conflitto di interessi, si procederà, nel corso del 2026 alla attivazione di una specifica formazione avente ad oggetto tale specifica tematica, anche alla luce della relativa rilevanza nella gestione delle situazioni che possono determinare rischi corruttivi.

LA DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

Con particolare riferimento alla tematica del codice di comportamento, va rilevato come lo stesso contempli una specifica disciplina volta alla emersione del conflitto di interessi.

Tale disciplina è articolata in una dichiarazione resa dal dipendente interessato (il cui *fac-simile* è rinvenibile nel testo del codice medesimo) con la individuazione di una struttura di valutazione interdisciplinare, in conformità con quanto disposto dall'art. 18 del codice medesimo.

È stata – successivamente – adottata una piattaforma informatica volta alla acquisizione ed alla conservazione delle dichiarazioni di interesse, applicativo che, nel corso del 2025 è stato definitivamente messo a regime, al fine di facilitare la gestione delle dichiarazioni medesime.

Si ricorda, da ultimo, che il testo del codice viene messo a disposizione di ogni dipendente all'atto della assunzione e che si proseguirà, anche per l'anno 2026, a garantirne la conoscenza anche ai borsisti, tesisti e dottorandi.

2.3.5.2 AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI EX ART 53 D.LGS. N. 165/2001 E S.M.I.

La norma di riferimento in materia è l'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 concernente la "Incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi" che stabilisce in via di principio il regime delle incompatibilità e disciplina la materia concernente l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi e prestazioni, non compresi nei doveri d'ufficio, conferiti da soggetti terzi a dipendenti pubblici. In via generale 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.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni della norma in parola che prevede 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. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra-istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. Come è noto, il pubblico dipendente, a differenza del privato, è al "servizio esclusivo della Nazione" (art. 98 Cost.).

La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 aggiungendo 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).

Non possono essere conferiti o autorizzati incarichi in tutti i casi nei quali l'espletamento degli stessi possa ingenerare, anche in via solo ipotetica, situazione di conflittualità con interessi facenti capo all'amministrazione e, quindi, con le funzioni assegnate sia al singolo dipendente che alla struttura di appartenenza; ai fini dell'autorizzazione l'amministrazione dovrà verificare l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, fermo restando comunque l'obbligo per il dipendente, anche successivamente all'avvenuta autorizzazione dell'incarico, di astenersi dal concreto svolgimento dello stesso qualora venga a conoscenza di sopravvenute situazioni di eventuale conflitto di interesse.

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 di riferimento pone l'obbligo di comunicazione dei predetti incarichi all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica.

Tali obblighi di comunicazione devono essere assolti 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-ter) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, quali attività liberamente esercitabili, anche con remunerazione 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.

In ogni caso il dipendente è tenuto a svolgere gli incarichi extra - istituzionali al di fuori dell'orario di lavoro e delle attività di servizio, utilizzando le tipologie di assenza o permessi previsti dalle disposizioni anche contrattuali vigenti.

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 espletato o in corso di espletamento;
- 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 l'attività sebbene non svolta in modo permanente ed esclusivo presenti i caratteri della abitudine, sistematicità/non occasionalità e continuità.

In particolare si rilevano aspetti critici nelle seguenti fattispecie:

- 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;
- potenziale conflitto di interesse nel caso di incarichi extra-istituzionali svolti per aziende private, specialmente se operanti nel settore farmaceutico o dei dispositivi medici;
- attività retribuite come incarichi extra-istituzionali e svolte durante le giornate di missioni istituzionali.

Specifiche criticità si ravvisano nei seguenti casi:

- 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".

L'Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale ha adottato una specifica modulistica per la richiesta ed il rilascio di autorizzazione da compilare da parte del dipendente interessato che rilascia sotto la propria responsabilità una apposita autodichiarazione in merito alla assenza di incompatibilità e di conflitto di interesse tra l'incarico da ricoprire e le attività svolte; su tale autodichiarazione è richiesta inoltre la responsabile dichiarazione del capo Struttura che conferma la assenza di conflitto di interessi/incompatibilità.

L'Ufficio amministrativo effettua il monitoraggio circa il corretto adempimento delle procedure nonché attività di valutazione sulle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitto di interessi rese dai dipendenti in sede di richiesta di autorizzazione ad incarichi extra-istituzionali.

In particolare, prima di accogliere la richiesta del dipendente:

- verifica la completezza dell'autodichiarazione e che, quanto dichiarato, sia accompagnato da assenso da parte del Direttore della Struttura di appartenenza in ordine alle dichiarazioni rese dal dipendente;
- verifica, sulla base della dichiarazione e della documentazione prodotta dall'interessato e di altri elementi all'occorrenza disponibili, che dagli stessi non emergano elementi di incompatibilità di diritto/di fatto/di merito;
- in alcune ipotesi di particolare complessità, infine, l'autorizzazione sarà concessa con il coinvolgimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel caso in cui si tratti di incarichi:
 - a) che richiedano un approfondimento in ordine alla possibile sussistenza di un conflitto anche solo potenziale di interessi;
 - b) che abbiano quale destinatario un Direttore di Struttura scientifica.

Con riferimento alla disciplina del conflitto di interessi e delle relative implicazioni resta fermo, in ogni caso, quanto disposto dal vigente codice di comportamento approvato con delibera dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente nella seduta del 21 dicembre 2022.

Su suggerimento dell'ANAC, nel caso in cui il dipendente sia chiamato, in virtù di specifico incarico, atto di nomina o semplicemente in ragione del suo ruolo e/o della sua professionalità, a far parte di gruppi/tavoli di lavoro o ad assumere incarichi concernenti la materia vaccinale, sarà indispensabile una specifica misura di trasparenza e pubblicità.

La misura è prevista allo scopo di contemperare la necessità di avvalersi della collaborazione delle più alte professionalità e competenze in materia con l'imparzialità dei risultati del lavoro, nonché al fine di salvaguardare l'immagine e la professionalità degli stessi partecipanti ai gruppi/tavoli di lavoro.

In tale contesto, il dipendente interessato dovrà rilasciare una specifica e particolare autodichiarazione circa la assenza di conflitto di interessi tra l'attività svolta e l'incarico unitamente ad una valutazione/relazione motivata da parte del Direttore di struttura.

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. L'autodichiarazione di che trattasi dovrà essere compilata con particolare cura, qualora l'incarico abbia ad oggetto a qualsiasi titolo la materia vaccinale.

In sede di monitoraggio, si procederà:

- agli accertamenti sulle attività di competenza dell'Ufficio in ordine alla insussistenza di specifiche incompatibilità di diritto e di fatto e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
- alla richiesta, al medesimo Ufficio, di copia della documentazione che comprovi l'espletamento degli adempimenti effettuati, con la eventuale richiesta di documentazione a supporto, laddove si siano resi necessari chiarimenti ovvero la integrazione della documentazione, e, infine, il documento che attesti l'avvenuto rilascio o diniego della prescritta autorizzazione.

ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2025

L'Ufficio Trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato ha provveduto ad effettuare un'istruttoria completa e approfondita, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, delle linee guida interne nonché del Codice di comportamento dell'ISS, per ciascuna istanza di autorizzazione per lo svolgimento di incarichi extra istituzionali e comunicazione presentata dal personale dipendente dell'Iss.

GESTIONE DEI CASI CRITICI E COMPLESSI

- Per le richieste/istanze caratterizzate da particolare complessità o da potenziali situazioni di conflitto di interessi, l'Ufficio ha proceduto a svolgere approfondimenti supplementari con acquisizione di dichiarazioni integrative sia da parte del personale richiedente e sia da parte dei Direttori di struttura interessati al fine di disporre di elementi ulteriori per la valutazione.
- Per alcune richieste di particolare complessità presentate da Direttori di struttura si è ritenuto di coinvolgere nella valutazione sull'assenza del conflitto di interessi il Presidente dell'ISS.
- In tutti i casi critici e complessi, c'è stato il preventivo coinvolgimento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) prima di rilasciare l'autorizzazione.

VERIFICHE EX ART. 71 D.P.R. 445/2000:

- Su alcune richieste/istanze sono state effettuate verifiche ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, al fine di accertare la veridicità delle dichiarazioni rese dai dipendenti. Per tali finalità è stato richiesto agli interessati di confermare quanto dichiarato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente.

BOZZA DISCIPLINARE

E' stata predisposta una prima bozza di disciplinare recante i criteri e le procedure per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Nell'anno 2026 si proseguirà nell'implementazione delle misure previste al fine di contrastare possibili rischi corruttivi e si porterà a compimento il processo già avviato nel 2025 per la definizione di un apposito disciplinare recante i criteri e le procedure per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali. Si avvierà altresì ogni iniziativa utile ad ottimizzare i processi.

2.3.5.3 INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' DEGLI 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 e in assenza di interessi confliggenti.

Di conseguenza la titolarità degli incarichi non è consentita laddove emerga la sussistenza di gravi reati, con particolare riguardo alle condanne per reati contro la pubblica amministrazione, ovvero a chi occupi altri incarichi indicati espressamente dalle norme o svolga attività che, se pur non tipizzate, possano generare situazioni conflittuali, anche potenziali, con gli interessi pubblici.

Tale ordine di considerazioni vale, in Istituto, per gli incarichi dei dirigenti amministrativi e per quelli di direzione di Dipartimento Centro e Servizio.

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 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.

INCONFERIBILITÀ

La inconferibilità concerne il 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”*.

RIMEDI

La riduzione del rischio circa l'esistenza di situazioni di incompatibilità o inconferibilità è individuata dal già citato D.lgs. 39/2013 in prima istanza nella autodichiarazione del soggetto cui è conferito l'incarico.

All'atto del conferimento dell'incarico, ovvero nel caso di rinnovo dello stesso, il competente Ufficio amministrativo provvede alla acquisizione della autodichiarazione attestante la insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità che sono, successivamente, inviate al Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

La dichiarazione circa la insussistenza di cause di incompatibilità dovrà essere ripetuta annualmente. Entrambe le dichiarazioni dovranno essere rinnovate ogni qualvolta sopraggiungano eventi rilevanti. Le auto-dichiarazioni sono pubblicate nella sezione *Amministrazione Trasparente*, sotto sezione *“Personale” – “Titolari di incarichi dirigenziali”*, in conformità con quanto disposto dal D.Lgs 33/2013 e s.m.i.

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 corso dell'anno 2025 si è proceduto alla acquisizione delle autodichiarazioni attestanti la insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, alle quali è stato allegato l'elenco degli incarichi ricoperti dal soggetto cui è conferito l'incarico.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha, altresì, proceduto alla verifica delle autodichiarazioni presentate attraverso l'esame di un campione di documenti.

Il controllo svolto ha richiesto unicamente un approfondimento, per un soggetto che ha reso la prevista autodichiarazione, circa una discrepanza tra gli incarichi dichiarati e quelli risultanti nella piattaforma istituzionale.

Anche per l'anno 2026 si procederà al controllo su un campione delle autodichiarazioni acquisite.

Il controllo sulla veridicità di queste ultime verrà effettuato sulla base della documentazione presentata (elenco degli incarichi ricoperti, *curriculum vitae*, fatti notori comunque acquisiti);

nell'ipotesi in cui si rendesse necessario procedere ad ulteriori approfondimenti, l'Istituto valuterà l'opportunità di rivolgersi anche agli enti pubblici e/o privati che detengono le informazioni necessarie all'effettuazione del controllo; potrà, inoltre, essere instaurato un contraddittorio con il soggetto interessato al fine di acquisire le opportune informazioni aggiuntive.

Al termine dell'attività, verrà redatto un apposito verbale contenente l'esito dei controlli effettuati.

Nell'ipotesi in cui, dai controlli effettuati, si riscontrerà la falsità di una o più dichiarazioni rese, il soggetto interessato sarà considerato responsabile ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 20, comma 5, del d.lgs. 39/2013.

Il RPCT segnalerà la falsità riscontrata all'interessato e all'ufficio per i procedimenti disciplinari.

L'interessato ha facoltà di presentare le proprie osservazioni entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione dell'RPCT, il quale, valutate le eventuali osservazioni pervenute, comunica l'esito dei controlli all'interessato.

Resta inteso che tutti i dati contenuti nelle dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità e nella eventuale documentazione a corredo delle stesse verranno trattati nel pieno rispetto della normativa in materia di tutela della riservatezza dei dati personali.

2.3.5.4 ATTIVITA' 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 dell’amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Tale norma, come ribadito da Consiglio di Stato (*Sez. V, sentenza n 7411 del 29 ottobre 2019*), disciplina una fattispecie qualificabile in termini di “incompatibilità successiva” alla cessazione dal servizio del dipendente pubblico e si configura quale integrazione dei casi di inconfiribilità e incompatibilità contemplate dal D.lgs. n.39 del 2013.

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.

I soggetti a cui si applica il *pantouflage* sono:

- dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato;
- titolari degli incarichi di cui all’art. 21 del D.lgs 39/2013.

Sono esclusi dal *pantouflage* gli incarichi di natura occasionale, privi cioè, del carattere della stabilità.

Al fine di contenere il rischio di *pantouflage*, nel corso del 2025 l'ISS ha posto in essere le seguenti misure:

- l’inserimento, negli atti di assunzione del personale, di una apposita clausola che preveda espressamente il divieto di “*pantouflage*”;
- l’acquisizione di una dichiarazione da parte del dipendente al momento del collocamento a riposo per limiti di età, di specifico riferimento al divieto di *pantouflage*.
- l’inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione, della clausola di esclusione per gli operatori economici che abbiano stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, in violazione dell’art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;

- per partecipare alle procedure di evidenza pubblica, è previsto che l'operatore economico sia tenuto a rendere la dichiarazione contenuta nel **DGUE**, comunicando se si trovi o meno nella condizione prevista dall'**art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001** per avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, attribuito incarichi ad ex dipendenti della stazione appaltante che hanno cessato il loro rapporto di lavoro da meno di tre anni e che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa stazione appaltante nei confronti del medesimo operatore economico. In caso di **false dichiarazioni** l'Autorità Nazionale Anticorruzione procede, previo accertamento dell'esistenza di una situazione rientrante nel divieto di *pantouflage*, alla verifica dell'esistenza delle condizioni per l'applicazione della misura prevista dal **Codice dei contratti pubblici**.
- Inoltre, è assicurato il rispetto di quanto disposto con delibera Anac del 25 settembre 2024, che ha adottato due atti in materia:
 - a. un regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria sul *pantouflage* da parte di ANAC con Delibera n. 493 bis del 25 settembre 2024 successivamente integrato con le modifiche introdotte dalla Delibera n. 329 del 30 luglio 2025;
 - b. le linee guida n. 1 del 2024 adottate dall'ANAC, sul divieto di *pantouflage*.

Resta inteso che si procederà, anche per l'anno 2026, a fare ricorso a tali misure.

2.3.5.5 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 per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi e di quelle per la scelta del contraente e per quello di assegnazione agli uffici nei casi di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale.

In esecuzione del decreto del Commissario straordinario n. 40/2023 di riordino dell'area amministrativa, l'Istituto ha tenuto in debita considerazione tale disposizione di legge al fine di assegnare gli incarichi dirigenziali di livello generale e non generale dei neo istituiti Uffici.

I dirigenti individuati sono stati invitati a sottoscrivere apposita dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità, che risulta pubblicata sul sito istituzionale.

A ciò va aggiunto che, con riguardo alla formazione delle commissioni di concorso e di gara, tutti i componenti esterni, in sede di insediamento, rendono la dichiarazione di assenza di incompatibilità ai fini dell'accettazione dell'incarico, nonché circa la assenza di precedenti penali.

2.3.5.6 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DELL'ISS

L'art. 1 comma 5, lett. b) della L.190/2012 prevede che le amministrazioni pubbliche effettuino la rotazione di dirigenti e funzionari operanti negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruzione, intesa anche come fenomeno di cattiva amministrazione. Lo stesso articolo, al comma 4, affida al RPCT, d'intesa con il dirigente competente, la verifica dell'attuazione di questa misura.

Il principio della “rotazione” costituisce una misura obbligatoria di prevenzione della corruzione con lo scopo di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con gli stessi utenti.

Nel quadro generale delle azioni di prevenzione della corruzione, la rotazione del personale è tra gli strumenti ritenuti maggiormente efficaci. Si tratta, tuttavia, di una misura che deve coniugare esigenze di natura organizzativa a quelle più specificatamente finalizzate alla prevenzione della corruzione.

La rotazione va infatti correlata ad alcuni vincoli oggettivi quali ad esempio l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e il garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di alcune specifiche attività.

Si è proceduto innanzitutto a sensibilizzare le strutture scientifiche ed amministrative a far uso di misure organizzative che possano affiancare la rotazione del personale. Nello specifico, si è incentrata l'attenzione sulla necessità di procedere con:

- ✓ Rafforzamento delle misure di trasparenza con la previsione di pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, in relazione al processo sul quale non è stato possibile disporre la rotazione (nel pieno rispetto della normativa sulla privacy);
- ✓ Previsione, nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie “delicate”, di una maggiore condivisione delle fasi procedurali e delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni prevedendo di affiancare al soggetto istruttore, altro personale in modo che, ferma la unitarietà della responsabilità del procedimento, più soggetti condividano le valutazioni rilevanti per la decisione finale della istruttoria;
- ✓ Previsione di misure di articolazione delle competenze e delle responsabilità per evitare che più mansioni e responsabilità siano in capo ad un unico soggetto;
- ✓ Previsione della “doppia sottoscrizione” degli atti con la apposizione della firma sia da parte del soggetto istruttore che del titolare del potere di adozione dell'atto finale, al fine di rafforzare la correttezza e legittimità degli atti;

- ✓ Favorire meccanismi di collaborazione tra i diversi settori in cui si articola la Struttura, in modo particolare in settori potenzialmente critici, e dove è presente un elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

Per l'attuazione della misura si chiariscono, di seguito, i criteri mirati ad evitare che la rotazione sia al di fuori di un programma predeterminato e possa essere effettivamente utilizzata in maniera funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione.

CRITERIO 1: Individuazione del personale o delle funzioni da sottoporre a rotazione

CRITERIO 2: Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale dirigenziale o di cariche scientifiche apicali

CRITERIO 3: Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

CRITERIO 4: Periodicità della rotazione

CRITERIO 1: Individuazione del personale o delle funzioni da sottoporre a rotazione

✓ PERSONALE SCIENTIFICO

- 1) Direttori/Direttrici di Dipartimento, Centro Nazionale, Centro di Riferimento, Servizio
- 2) Direttori/Direttrici di Reparto
- 3) Ricercatori/trici e Tecnologi/ghe che svolgono funzioni di esperto incaricato per:
 - emissione di pareri,
 - attività ispettiva,
 - incontri tecnici e commissioni,
 - procedure autorizzative e certificative,
 - consulenze tecnico scientifiche.

✓ PERSONALE AMMINISTRATIVO

- 1) Dirigenti Amministrativi
- 2) Personale amministrativo di vario livello che svolge funzioni di:
 - Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
 - Segretario/a di Commissione di Concorso
- 3) Funzionari/ie amministrativi/e che svolgono la loro attività nell'ambito dei seguenti settori:
 - Contratti pubblici;
 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;

- Incarichi e nomine;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.
- Acquisizione e gestione del personale

CRITERIO 2: Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale dirigenziale o di cariche scientifiche apicali

✓ PERSONALE SCIENTIFICO

1) Direttori e Direttrici delle Strutture Scientifiche (Dipartimenti, Centri nazionali, Centri di Riferimento) :

Sono nominati sulla base di procedure pubbliche selettive e l'incarico è conferito a tempo determinato, con durata triennale rinnovabile, ai sensi dell'art. 4, comma 3, lett. i) dello Statuto dell'Ente e dell'art. 11 del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento.

Per il rinnovo dell'incarico, va rilevato come il Consiglio di Amministrazione, con deliberazione n. 8 allegata al verbale n. 72 della seduta del 24 ottobre 2024, abbia innovato rispetto alla preesistente disciplina dettata dalla deliberazione n. 6 allegata al verbale 34 della seduta del 01.10.2019.

Ed infatti, il rinnovo dell'incarico è, ora sottoposto, ad una nuova e diversa procedura la cui adozione è connessa ad un generale principio di rotazione degli incarichi dirigenziali, anche al fine di garantire il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e, specificamente, la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento delle attività caratterizzate da un elevato contenuto tecnico scientifico.

Il rinnovo è, quindi, subordinato ad una relazione del capo Struttura che viene valutata da parte del Presidente; in caso di valutazione positiva, la proposta di rinnovo viene sottoposta al CDA per il relativo necessario parere.

Risulta evidente, in ogni caso, che tali professionalità scientifiche, nei propri ambiti di competenza, sono persone con elevate competenze ed altissima specializzazione tanto da rappresentare, in taluni casi, vere e proprie eccellenze sia a livello nazionale che internazionale.

Si ritiene, quindi, che la rotazione del personale come misura ordinaria e generalizzata non possa essere attuata e che si possa rientrare per le motivazioni sopra rappresentate nella fattispecie prevista dall'ANAC della cosiddetta "*infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche*".

2) Direttori e Direttrici di Reparto:

La procedura di nomina avviene in conformità con quanto disposto dall'art. 18 del Regolamento di organizzazione e funzionamento. In particolare, può essere nominato direttore/direttrice di reparto esclusivamente un/una dipendente a tempo indeterminato dell'Istituto con qualifica non inferiore a ricercatore/trice /tecnologo/a con almeno otto (8) anni di anzianità maturati nel profilo.

Detto incarico, ai sensi della normativa in questione, ha la durata di tre anni ed è rinnovabile.

La disciplina dei rinnovi è, attualmente, contenuta nella deliberazione n. 8 in precedenza citata ed a cui si rimanda.

✓ PERSONALE AMMINISTRATIVO

1) Dirigenti amministrativi/e di seconda fascia:

Gli incarichi dirigenziali in ISS sono conferiti dal Direttore Generale su proposta del Direttore Centrale.

A tale proposito appare opportuno precisare quanto segue:

in conformità con quanto stabilito dal DPCM del 22/01/2013, per l'Istituto Superiore di Sanità è prevista, come dotazione organica, la presenza di 2 Dirigenti di I^a fascia e di 9 Dirigenti di II^a fascia.

A ciò si aggiunga che le specifiche attribuzioni degli uffici implicano che i dirigenti responsabili abbiano una particolare qualificazione professionale; valga, a titolo di esempio, la dirigenza dell'ufficio logistica, progettazione e manutenzione, per la quale è richiesto il possesso della laurea in ingegneria civile e la relativa abilitazione all'esercizio professionale:

Si pensi, ancora, all'ufficio Bilancio, Ragioneria Affari Fiscali, e controllo di gestione, per la cui direzione è imprescindibile un dipendente che abbia una specifica competenza in materie economiche.

Da quanto sopra evidenziato, si evince che la rotazione, dopo l'esercizio delle funzioni per un triennio, si riveli di difficile configurazione, a ciò ostando sia la esiguità dei dirigenti di cui dispone l'Amministrazione sia la particolare qualificazione professionale richiesta per la gestione di alcuni uffici, in considerazione delle specifiche competenze ad essi attribuite dalla disciplina sul funzionamento dell'Istituto.

Per tali ragioni, la eventuale rotazione deve comunque essere compatibile con l'organizzazione, le risorse disponibili, le esigenze di buon andamento dell'attività amministrativa e con gli obiettivi fissati negli atti di programmazione.

All'atto della scadenza del secondo mandato triennale dell'incarico dirigenziale, indipendentemente dall'esito della valutazione riportata, si procederà ad una verifica della presenza nell'Ente di professionalità analoghe in grado di determinare la sostituzione.

Nella verifica della presenza di/delle dirigenti con capacità professionali analoghe al personale dirigente da avvicinare si terrà conto:

- a) dei requisiti professionali necessari per lo svolgimento delle attività,
- b) delle peculiarità del soggetto, con particolare riferimento:
 - ☐ al percorso formativo;
 - ☐ alle pregresse esperienze professionali nell'ambito dello specifico settore;
 - ☐ alle attitudini e competenze personali;
 - ☐ ai risultati conseguiti in precedenza;
- c) delle attività affidate alla Struttura di provenienza e di destinazione;
- d) dell'osservanza del principio di pari opportunità.

Potranno essere previste deroghe alla rotazione per i dirigenti la cui data di pensionamento sia concomitante alla scadenza dell'incarico, stante l'esigenza di evitare interventi formativi non fruibili nel tempo.

CRITERIO 3: Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

Per il personale non dirigenziale, la permanenza in una stessa unità organizzativa tiene conto dei seguenti fattori:

- necessità organizzative;
- risorse disponibili;
- esperienza, competenza, formazione e attitudine specifica;
- esigenze di buon andamento dell'attività amministrativa;
- obiettivi di programmazione

Come regola generale 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/alle dipendenti ed in particolare ai/alle responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie.

Per l'attuazione della misura la formazione del personale, nelle diverse aree di competenza degli uffici, si pone come misura preliminare al fine di garantire l'acquisizione delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione.

Le misure alternative in caso di impossibilità di rotazione sono quelle già individuate nella nota inviata alle Strutture citata in precedenza.

✓ PERSONALE SCIENTIFICO

Ricercatori/trici –Tecnologi/ghe di vario livello:

Per alcune attività specifiche svolte dal personale scientifico dell'Ente, fatte salve quelle per le quali è richiesta una alta specializzazione, si ritiene applicabile la previsione di un sistema di rotazione.

Tali attività sono svolte dal personale ISS nella sua funzione di esperto/a nominato dal/la proprio/a Responsabile di Struttura per espletare una delle seguenti attività:

- Emissione di pareri
- Attività ispettiva
- Incontri tecnici e commissioni
- Procedure autorizzative e certificative
- Consulenze tecnico scientifiche

Tenendo ferme le esigenze di funzionalità organizzativa e considerando comunque la specializzazione, le attitudini e le capacità professionali del singolo la rotazione, per le attività sopra elencate, la rotazione sarà disposta dal/dalla Responsabile della Struttura che avrà cura di verificarne, ove possibile, l'attuazione.

✓ PERSONALE AMMINISTRATIVO

Per alcune funzioni svolte dal personale amministrativo operante nelle aree considerate dalla stessa ANAC ad elevato rischio di corruzione è opportuno prevedere un meccanismo di rotazione sistematico.

Tali funzioni sono:

- Responsabili Unici del Procedimento (RUP)
- Segretari/ie di Commissione di concorso.

Tali figure acquisiscono, nell'ambito del procedimento amministrativo un'autonomia funzionale indispensabile allo svolgimento del proprio compito. Questa autonomia funzionale espone ad un potenziale rischio corruttivo.

Il Dirigente responsabile dell'Ufficio dovrà pertanto assicurare la rotazione di tali figure, compatibilmente con le risorse disponibili.

Nel caso specifico dei/Ile Responsabili Unici/che del Procedimento la rotazione potrà avvenire, ove possibile, oltre che alla conclusione dei singoli contratti, anche attraverso l'affidamento al soggetto di incarichi di RUP in settori "merceologici" diversi, rispetto a quelli seguiti nei precedenti incarichi fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e le competenze richieste.

✓ VINCOLI ALLA ROTAZIONE

Per la realizzazione del ciclo di rotazione, l'Istituto deve tenere presente i seguenti vincoli:

a. soggettivi, attinenti al rapporto di lavoro:

- legati a diritti individuali del personale interessato quali: i diritti sindacali, la fruizione dei permessi per assistenza a familiari disabili di cui alla L. 104/1992, gli istituti a tutela della maternità o paternità di cui al D. L.vo n. 151/2001 (congedo parentale);
- nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, è necessaria la preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi;

b. oggettivi, connessi all'assetto organizzativo dell'Istituto:

- correlati alla necessità di disporre di competenze professionali specifiche o derivanti da limitazioni alla tipologia di attività, che il personale può svolgere, nonché all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico e ciò anche al fine di escludere che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Un ulteriore condizionamento all'applicazione della rotazione è costituito dalla cosiddetta "infungibilità", connessa all'appartenenza a categorie o professionalità specifiche particolarmente

pregnanti nel settore della ricerca ovvero alla esistenza di una specifica previsione normativa in rapporto alle qualifiche professionali necessarie a svolgere la prestazione in determinati uffici e direttamente correlate alle funzioni attribuite a detti uffici (ad es. l'abilitazione professionale e l'iscrizione nel relativo albo).

✓ PERIODICITA' DELLA ROTAZIONE

- DIRIGENTI AMMINISTRATIVI: Stabilita da specifica normativa
 - DIRETTORI DI DIPARTIMENTO/CENTRO/SERVIZIO: Stabilita da specifica normativa
 - DIRETTORI DI REPARTO: Stabilita da specifica normativa
 - RUP: Costante
 - COMMISSARI DI CONCORSO: Costante
-
- PER LE ATTIVITÀ SOTTO ELENcate: Costante.

La rotazione sarà assicurata dal/dalla Responsabile della Struttura che avrà cura di verificarne, ove possibile, l'attuazione tenendo ferme le esigenze di funzionalità organizzativa e considerando comunque la specializzazione, le attitudini e le capacità professionali del singolo:

- Emissione di pareri
- Attività ispettiva
- Incontri tecnici e commissioni
- Procedure autorizzative e certificative
- Consulenze tecnico scientifiche

FORMAZIONE E ROTAZIONE

La formazione interna è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. La pianificazione di percorsi formativi su diversi ambiti operativi può, nel lungo periodo, agevolare il processo di rotazione rendendo il personale flessibile ed impiegabile in diverse attività.

La formazione deve essere intesa anche in una logica di periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività con un altro operatore che nel tempo sarebbe in grado di sostituirlo.

LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

L'art. 16, co. 1, lett. l-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», 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.

L'attuazione della misura è monitorata a cadenza annuale dal RPCT.

2.3.5.7 LA TUTELA DEL *WHISTLEBLOWER*

Con l'espressione *whistleblower* si fa riferimento a chiunque segnali violazioni o irregolarità di cui ha avuto conoscenza all'interno del proprio contesto lavorativo. 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* da eventuali ritorsioni o discriminazioni posto in essere in ragione della segnalazione.

All'interno della sezione del sito pubblico dell'ISS Amministrazione Trasparente, sottosezione "*Prevenzione della Corruzione*", l'Ente mette quindi a disposizione della persona segnalante (c.d. *whistleblower*), sia esso personale di ruolo che non, il collegamento per l'accesso alla piattaforma informatica costituente il canale interno preferenziale di segnalazione, strumento cioè che consente e garantisce la riservatezza dell'identità del *whistleblower*, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione.

In merito alla piattaforma informatica, nel corso del 2025 sono stati effettuati leggeri affinamenti tesi alla migliore formulazione delle segnalazioni da parte del segnalante e ad una maggiore facilità di acquisizione da parte del RPCT e ciò anche in ossequio a quanto previsto dall'ANAC in ordine alla "*implementazione delle misure necessarie per assicurare l'invio e la gestione delle segnalazioni di attività illecite*" (v. PNA 2025 in consultazione).

Sono stati apportati, di conseguenza, anche i necessari correttivi al documento denominato "*procedura interna in caso di segnalazione di un illecito*" pubblicato all'interno della pagina dedicata al *Whistleblowing*.

È rimasto invariato, peraltro, l'utilizzo della piattaforma crittografata che utilizza *GlobalLeaks*, *software in open source* concepito per le segnalazioni.

Nel corso del 2025 si è riscontrata una segnalazione registrata attraverso la piattaforma *whistleblowing* anzidetta. La segnalazione è stata acquisita dal RPCT, e, dopo la adozione dei provvedimenti conseguenti, è stata chiusa, dandone comunicazione al segnalante.

Come già fatto nel corso del 2025, anche per il 2026, sono previste periodiche attività di test per garantire il corretto funzionamento della piattaforma.

2.3.5.8 LA FORMAZIONE

All'interno delle pubbliche amministrazioni la formazione rappresenta una delle misure cardine di prevenzione della corruzione, poiché incide direttamente sulla consapevolezza, sulle competenze e sui comportamenti del personale favorendo la trasformazione di principi astratti e disposizioni normative in comportamenti concreti e consapevoli che orientano l'azione quotidiana.

I Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) adottati dall'ANAC negli anni hanno sottolineato costantemente il ruolo strategico della formazione, raccomandando di sviluppare percorsi formativi differenziati in base al livello di responsabilità e al grado di esposizione ai rischi corruttivi sottolineando con forza come la formazione continua e mirata costituisca un requisito indispensabile per garantire l'effettiva attuazione delle strategie di prevenzione.

In particolare il PNA raccomanda percorsi differenziali a seconda del ruolo e delle responsabilità dei dipendenti, ponendo attenzione sia alla formazione di base per tutto il personale, sia quella specialistica destinata ai dirigenti e agli uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo.

Secondo le linee di guida del PNA, la formazione non deve essere considerata un mero adempimento formale, ma un investimento organizzativo, infatti un dipendente correttamente formato è più in grado di riconoscere situazioni di conflitto di interessi, segnalare anomalie e applicare le procedure di prevenzione in maniera coerente.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, ai sensi dell'art. 1 comma 10 della Legge 190/2022, individua il personale da inserire nei programmi di formazione.

Il RPCT dell'ISS ha individuato una strutturazione su due livelli:

Formazione di livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);

Formazione di livello specifico, rivolto al RPCT, alla Struttura di Supporto del RPCT, ai Referenti, ai Dirigenti e Funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Nel corso del 2025 tutti i dipendenti, con particolare riferimento al personale che non ha potuto partecipare a una delle edizioni già erogate del corso di formazione generale e quello di nuova assunzione, sono stati invitati ad iscriversi ai seguenti due corsi:

Corso di livello base “La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa” disponibile sulla piattaforma Syllabus della durata di otto ore, articolato in 20 unità didattiche da fruire in modalità e-learning asincrona. I partecipanti sono stati in totale 77.

Corso “La difesa dell’integrità pubblica: un pilastro del Governo Aperto” composto da tre moduli, della durata complessiva di 10 ore da fruire in modalità e-learning asincrona. I partecipanti sono stati 146.

Inoltre, tutti i dipendenti sono stati invitati a fruire del corso organizzato in house su “Codice di Comportamento dell’Istituto Superiore di Sanità” fruibile all’interno della piattaforma di formazione del personale interno. Il corso di 1 ora si articola in 4 moduli da fruire in modalità e-learning asincrona.

I soggetti che, nell’annualità 2025, sono stati interessati dalla formazione specifica sono stati:

- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- I componenti della Struttura di Supporto del RPCT;
- Il personale impiegato nei settori a maggior rischio corruzione.
- I Referenti anticorruzione

Di seguito l’elenco dei corsi espletati.

TITOLO CORSO	Erogatore	Destinatari corso	Numero partecipanti
La gestione del rischio corruttivo in ISS	L’Ateneo Srl	RPCT, Struttura di Supporto RPCT, Referenti e delegati anticorruzione	55
Corso intensivo per l’aggiornamento e la gestione dei piani triennali di prevenzione della corruzione: PNA 2023/25 (11 ore)	CEIDA	Personale Struttura di Supporto	2
Workshop Gender and Intersectionality in Whistleblowing	organizzato dal Whistleblowing Impact Research Group, da Transparency International e dall’University of Galway	Personale Struttura di Supporto	1
Amministrazione aperta e modelli formativi innovativi per una più efficace attuazione dell’istituto del whistleblowing	SNA	Personale Struttura di Supporto	1
Totale complessivo			59

Considerato che la formazione deve essere programmata in modo sistematico, aggiornata rispetto alle evoluzioni normative e calibrata sui rischi specifici dell'ente affinché diventi realmente uno strumento di gestione del rischio corruttivo e non meno adempimento formale, anche per l'annualità 2026 si decide di investire nella formazione al fine di consolidare una cultura organizzativa fondata sull'etica e sulla responsabilità individuale.

La formazione in materia di anticorruzione in ISS, anche nel 2026, sarà orientata su due livelli:

Livello1 - Formazione generale:

Obiettivi formativi

- ✓ Rafforzare la cultura dell'integrità e della responsabilità individuale.

Destinatari

- Tutti i dipendenti e collaboratori dell'ente.

Erogatore:

- Piattaforma Syllabus

Livello 2 - Formazione specifica:

Obiettivi formativi

- ✓ Garantire la conoscenza del quadro normativo (L. 190/2012, D.Lgs. 33/2013, disposizioni ANAC).
- ✓ Aggiornamento e gestione della Programmazione Anticorruzione
- ✓ Sensibilizzazione sui rischi corruttivi specifici delle attività dell'ente.
- ✓ Strumenti pratici per la gestione del ciclo di gestione del rischio corruttivo in ISS.

Destinatari

- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)
- Struttura di Supporto RPCT
- Referenti e delegati anticorruzione
- Personale degli uffici a rischio (es. contratti, appalti, concessioni).

Erogatori:

- ✓ ISS con corsi specifici organizzati in sede dal RPCT e sua struttura di Supporto
- ✓ SNA attraverso seminari tematici sulle seguenti materie: gestione dei conflitti d'interesse; provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari; acquisizione e gestione del personale; incarichi e nomine; affari legali e contenzioso; controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni; gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- ✓ Ceida, Formez, altre società di formazione

2.3.5.9 LA TRASPARENZA

LA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

La sezione Amministrazione Trasparente (o AT), raggiungibile al link <https://www.iss.it/amministrazione-trasparente-iss>, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm. e strutturata come da Delibera ANAC 1310/2016, è il luogo deputato alla pubblicazione dei dati e delle informazioni che ogni Pubblica Amministrazione ha l'obbligo di rendere trasparenti ed accessibili nei confronti della collettività.

Il portale istituzionale assicura la piena accessibilità delle informazioni pubblicate e non sono presenti filtri o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca (interno ed esterni) di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione AT.

Nel corso dell'anno 2025 si è continuato a popolare la sezione AT, garantendo, in tal modo, l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013.

Anche nel 2025, in attuazione della Delibera ANAC n.192 del 07/05/2025, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha effettuato la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione al 31 maggio 2025, come da griglia di rilevazione pubblicata in AT, sottosezione *Controlli e rilievi sull'Amministrazione / OIV*.

I dati la cui pubblicazione si è richiesto di attestare sono quelli presenti nelle seguenti sottosezioni di I livello: *Consulenti e collaboratori; Personale; Bandi di concorso; Bandi di gara e contratti; Bilanci; Informazioni ambientali; Interventi straordinari di emergenza; Altri contenuti / Prevenzione della corruzione*. Per lo svolgimento di tale verifica si è utilizzato l'applicativo web reso disponibile sul sito internet dell'ANAC.

Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione l'RPCT ha assunto le iniziative mirate a superare le criticità rilevate nel corso della verifica in questione, con una costante interlocuzione con gli uffici responsabili della trasmissione dei dati, pubblicando, come previsto dalla suddetta Delibera, la nota di adeguamento a firma dell'RPCT in data 10 ottobre 2025 nella stessa sezione in cui è pubblicata l'attestazione OIV. L'OIV, nella propria attività di monitoraggio sulle misure di trasparenza, come previsto dal suddetto Atto del Presidente, ha verificato il superamento delle criticità esposte nella griglia di rilevazione. L'Ente ha poi provveduto alla pubblicazione della scheda di monitoraggio nell'apposita sezione di A T.

Nel corso dell'anno 2025, in prossimità dello scadere del periodo transitorio che le Amministrazioni avevano a disposizione per aggiornare determinati contenuti all'interno di AT secondo i nuovi modelli di pubblicazione adottati da ANAC con la Delibera 495/2024, l'Ente ha provveduto ad adeguarsi alle nuove modalità di pubblicazione, così come previsto dall'Autorità, per le seguenti sottosezioni di I e II livello:

1. Dati sui pagamenti (rif. norm. art. 4 bis D.Lgs. 33/2013);
2. Articolazione degli uffici (rif. norm. art. 13 D.Lgs. 33/2013);
3. Controlli e rilievi sull'Amministrazione (rif. norm. art. 31 D.Lgs. 33/2013).

Nell'espletamento di tale adempimento, il RPCT ha provveduto a raccogliere le “*checklist per la validazione dei requisiti qualitativi dei dati*” dagli uffici responsabili della trasmissione. Sulla qualità dei dati, il RPCT, coadiuvato dal Responsabile della pubblicazione dei dati, provvede al monitoraggio di cui si dirà al paragrafo dedicato al monitoraggio dei dati soggetti a pubblicazione e sui requisiti di qualità degli stessi.

Nel corso del 2025, come pianificato nell'anno precedente, si sono tenuti degli incontri a scopo divulgativo, sia con l'area scientifica che con quella amministrativa, che hanno avuto ad oggetto l'illustrazione della sezione AT e delle modalità di attuazione degli obblighi di pubblicazione da parte dell'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza.

In particolare, si sono svolti due incontri aventi ad oggetto i principali obblighi di trasparenza, con i responsabili delle strutture scientifiche (19 marzo 2025) ed amministrative (16 aprile 2025) dell'Istituto.

Sono stati, nel dettaglio, analizzati i principali obblighi di pubblicazione soffermandosi sui soggetti che intervengono nella predisposizione della sotto-sezione di Amministrazione Trasparente, sul bilanciamento tra trasparenza e *privacy*, sui controlli e sulle sanzioni conseguenti alla inosservanza degli obblighi.

Nel corso del 2025, l'Ente ha proseguito all'alimentazione di una cartella di archivio interno avente anche funzioni di *back-up*, accessibile dal personale dell'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza e dal Responsabile della pubblicazione dei dati.

E' stata, altresì, creata una sezione della intranet ISS dedicata all'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza, al cui interno tutti i dipendenti dell'Ente possono consultare le informazioni relative alle

tematiche di interesse generale, scaricare la modulistica inerente gli obblighi di pubblicazione, nonché conoscere le ultime attività dell'ufficio.

REDAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ACCESSIBILITA'

La dichiarazione è stata effettuata utilizzando una valutazione conforme alle prescrizioni della direttiva (UE) 2016/212 mediante autovalutazione effettuata direttamente dal soggetto erogatore. La dichiarazione è stata aggiornata il 16/09/2025 ed è visualizzabile nel “*footer*” del sito iss.it, dove è disponibile sempre la versione più aggiornata.

MONITORAGGIO DEI DATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE E DEI REQUISITI DI QUALITA' DEGLI STESSI

Oltre al controllo dell'OIV di cui sopra, la sezione AT è tenuta costantemente monitorata da parte dell'RPCT, coadiuvato dal Responsabile della Pubblicazione dei Dati, con conseguente redazione di un report trimestrale (griglia *excel* di compilazione) che consente di rilevare informazioni circa lo stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione, ovvero sia se vi è un assolvimento totale o parziale o se vi sono delle anomalie circa la qualità dei dati pubblicati.

Tale controllo periodico, in applicazione delle novità introdotte dalla Delibera 495/2024 Allegato 4 “Istruzioni operative”, è svolto, altresì, verificando la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione desumibili dalle “*checklist per la validazione dei requisiti qualitativi dei dati*” raccolte dal RPCT nel corso del trimestre.

ATTIVITA' PREVISTE E PROGRAMMATE

- Attestazioni OIV all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e attività di vigilanza dell'Autorità

Anche per l'anno 2026, secondo i termini e le condizioni stabilite dall'Autorità di vigilanza, la sezione AT sarà sottoposta alle attestazioni OIV sul grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione riferiti all'annualità 2025

- Iniziative per la diffusione della cultura della trasparenza.

Anche nel corso del 2026 sono previste attività di diffusione della cultura della trasparenza all'interno dell'organizzazione. Il RPCT, coadiuvato dal Responsabile della pubblicazione dei dati, curerà l'erogazione di un corso illustrativo della sezione AT, con un focus sulle novità in materia di obblighi di pubblicazione.

- Proposta di revisione ed aggiornamento del “Regolamento concernente gli obblighi di pubblicità e trasparenza – Attuazione del D.lgs. n.33 del 14/03/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016”, approvato con Delibera n. 8 del Consiglio di Amministrazione del 25/05/2018.

Nel corso del 2026, alla luce delle numerose novità ed aggiornamenti in materia di trasparenza succedutisi dal 2018 ad oggi, è in programma una revisione del testo del regolamento che disciplina le modalità di attuazione degli obblighi di pubblicazione, nell’ottica di disciplinare più analiticamente gli adempimenti concernenti la trasparenza all’interno dell’organizzazione ed, altresì, al fine di calare maggiormente il dettato normativo alle peculiarità organizzative dell’Ente.

DEFINIZIONE DEI FLUSSI PER LA TRASMISSIONE E LA PUBBLICAZIONE DEI DATI ED INDIVIDUAZIONE DEI RESPONSABILI

Ai sensi dell'art. 10 comma 1, del D.Lgs. 33/2013, di seguito si indicano i soggetti responsabili.

SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE (D.LGS. 33/2013)			
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “DISPOSIZIONI GENERALI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (PIAO)	Annuale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti generali	Tempestivo	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Scadenzario obblighi informativi	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ORGANIZZAZIONE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Tempestivo/annuale	Presidenza Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	RPCT	Responsabile della pubblicazione dei dati
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	N/A	N/A	N/A
Articolazione degli uffici	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
Telefono e posta elettronica	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “CONSULENTI E COLLABORATORI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Tempestivo	Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PERSONALE”			

Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Tempestivo/Annuale	Direzione Generale Direzione Centrale degli Affari Generali Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Tempestivo/Annuale	Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione Ufficio Trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato Singolo titolare di incarico dirigenziale non generale	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dirigenti cessati	-----	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
Posizioni organizzative	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dotazione organica	Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Personale non a tempo indeterminato	Trimestrale/Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tassi di assenza	Trimestrale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Contrattazione collettiva	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Contrattazione integrativa	Tempestivo/Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
OIV	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BANDI DI CONCORSO”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Bandi di concorso	Tempestivo	Ufficio reclutamento borse di studio e formazione	Ufficio reclutamento borse di studio e formazione

SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PERFORMANCE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Sistema di misurazione e valutazione della performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano della Performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Relazione sulla Performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Ammontare complessivo dei premi	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati relativi ai premi: - Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l’assegnazione del trattamento accessorio; - Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi; - Grado di differenziazione dell’utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ENTI CONTROLLATI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Enti pubblici vigilati	N/A	N/A	N/A
Società partecipate	Tempestivo/Annuale	Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Responsabile della pubblicazione dei dati

Enti di diritto privato controllati	Tempestivo/Annuale	Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Responsabile della pubblicazione dei dati
Rappresentazione grafica	Annuale	Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tipologia di procedimento	Tempestivo	Singolo Ufficio Responsabile delle tipologie di procedimento	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PROVVEDIMENTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Provvedimenti organi indirizzo politico	Tempestivo	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Provvedimenti dirigenti	Tempestivo	Ufficio Contratti Ufficio Logistica, progettazione e manutenzione CNT CNS	Ufficio Contratti Responsabile della pubblicazione dei dati CNT CNS
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BANDI DI GARA E CONTRATTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Tempestivo	• Ufficio Contratti • Ufficio logistica, progettazione e manutenzione • CNT • CNS	• Ufficio Contratti • Ufficio logistica, progettazione e manutenzione • CNT • CNS
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Obbligo non più in vigore	Obbligo non più in vigore	Obbligo non più in vigore
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Criteri e modalità	N/A	N/A	N/A
Atti di concessione	N/A	N/A	N/A

SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BILANCI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Bilancio preventivo e rendiconto	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Patrimonio immobiliare	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Canoni di locazione o affitto	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Tempestivo/Annuale	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Organismi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo	Segreteria Collegio dei Revisori	Responsabile della pubblicazione dei dati
Corte dei conti	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “SERVIZI EROGATI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Carta dei servizi e standard di qualità	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Class action	Tempestivo	Ufficio affari istituzionali e giuridici, contenzioso del lavoro e disciplinare	Responsabile della pubblicazione dei dati
Costi contabilizzati	Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Servizi in rete	Tempestivo	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati

Tempi medi di erogazione dei servizi	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Liste di attesa	Tempestivo	CNT	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PAGAMENTI DELL’AMMINISTRAZIONE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati sui pagamenti	Trimestrale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	N/A	N/A	N/A
Indicatore di tempestività dei pagamenti	Annuale/Trimestrale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
IBAN e pagamenti informatici	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “OPERE PUBBLICHE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	N/A	N/A	N/A
Atti di programmazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Pianificazione e governo del territorio	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “INFORMAZIONI AMBIENTALI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Informazioni ambientali	Tempestivo	Responsabile struttura scientifica/amministrativa interessata	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE”			

Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Strutture sanitarie private accreditate	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Interventi straordinari e di emergenza	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ALTRI CONTENUTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Prevenzione della Corruzione	Tempestivo/Annuale	Ufficio Anticorruzione e Trasparenza	Responsabile della pubblicazione dei dati
Accesso civico	Tempestivo/Semestrale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Annuale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati ulteriori	/	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti di notifica	Tempestivo	Ufficio affari istituzionali e giuridici, contenzioso del lavoro e disciplinare	Responsabile della pubblicazione dei dati

Tab. 1 Rappresentazione dei flussi di dati, con le relative diverse titolarità di trasmissione/pubblicazione, pubblicati all'interno della Sezione “Amministrazione Trasparente” dell'Istituto Superiore di Sanità.

RPCT (Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza)	Dott. Paolo BOTTINO
Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche	Dott.ssa Rosa Maria MARTOCCIA
Ufficio Bilancio, Ragioneria, Affari fiscali, Controllo di gestione	Dott.ssa Patrizia TANCREDI
Ufficio Trattamento Giuridico ed Economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Dott.ssa Grazia CORBELLO
Ufficio Contratti	Arch. Giovanni CARABOTTA
Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Dott. Marco DES DORIDES
Direzione Centrale Affari Generali	Dott.ssa Claudia MASTROCOLA
Ufficio Affari Generali	Dott.ssa Daniela FELICI
Ufficio Affari Giuridici ed Istituzionali, Contenzioso del lavoro e disciplinare	Dott. Letizia SPERANDIO
Ufficio Anticorruzione e trasparenza	Dott. Paolo BOTTINO
Ufficio Logistica, Manutenzione e Progettazione	Ing. Stella TESONE

• Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione	Dott.ssa Francesca LA ROSA
Segreteria del Collegio dei Revisori	Sig.ra Roberta MURRU
Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Dott.ssa Alida LEONARDI
CNT – Centro Nazionale Trapianti	Dott. Giuseppe FELTRIN
CNS – Centro Nazionale Sangue	Prof.ssa Luciana TEOFILI
Responsabile della Pubblicazione dei Dati	Dott. Edoardo DI MATTEO

Tab.2 Dettaglio dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati.

NOME DELLA BANCA DATI	AMM. CHE DETIENE LA BANCA DATI	NORMA/E ISTITUTIVA/E DELLA BANCA DATI	OBBLIGHI PREVISTI DAL D.LGS. N. 33 DEL 2013
Banche dati di carattere amministrativo			
Perla PA	PCM-DFP	- Artt. 36, co. 3, e 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012	Art. 15 (<i>titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</i>); art. 17 (<i>dati relativi al personale non a tempo indeterminato</i>); art. 18 (<i>dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici</i>)
SICO - Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche	MEF-RGS (IGOP)	artt. 40-bis, co. 3, e 58-62 del D.Lgs. n. 165 del 2001	Art. 16, co. 1-2 (<i>dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato</i>); art. 17 (<i>dati relativi al personale non a tempo indeterminato</i>); art. 21, co. 1 (<i>dati sulla contrattazione collettiva nazionale</i>); art. 21, co. 2 (<i>dati sulla contrattazione integrativa</i>)
Patrimonio della PA	MEF-DT	- Art. 2, co. 222, della legge n. 191 del 2009; - art. 17, co. 3-4, del decreto legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014	Art. 22, commi 1 e 2 (<i>dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo</i>); art. 30 (<i>dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche</i>)
BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche	MEF-RGS	Art. 13 della legge n. 196 del 2009; - decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 23411 del 2010; - D.Lgs. n. 229 del 2011; - D.Lgs. n. 228 del 2011;	Art.29, co. 1 (<i>bilanci preventivi e consuntivi delle amministrazioni pubbliche</i>) Art. 37, comma 1, lett. a), b), c) (<i>informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori</i>) Art. 38 (<i>Pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche</i>).
Sito internet ANAC	ANAC	/	/
Censimento auto di servizio	PCM - Funzione Pubblica:	D.P.C.M. 25 settembre 2014	/

	Censimento auto di servizio		
Banche dati di carattere scientifico			
Bonifiche Cancerogeni Modelli di schede dati di sicurezza Sensibilizzanti Sostanze chimiche ISSTOX Chemical Toxicity Databases Malattie rare esenti ticket Malattie rare: presidi accreditati Publiss Archiss Sibil (documenti di bioetica) Profili di Salute Archivio Preparati pericolosi Controllo di qualità tipizzazione HLA (trapianti) Farmaci orfani Di cui pubblicate in <i>open data</i>: Registro Italiano ArtroProtesi (RIAP) Stato dei corpi di acqua dolce			

Tab. 3 Dettaglio delle banche dati pubblicate nella sezione del sito “Amministrazione Trasparente” ai sensi dell’art. 9-bis del D.Lgs. 33 del 2013.

ACCESSO CIVICO SEMPLICE ED ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Nell’ambito dei compiti e funzioni in materia di accesso civico del RPCT, come noto, quest’ultimo viene chiamato in causa in quanto soggetto destinatario delle istanze di accesso civico “semplice” nonché delle istanze di riesame in caso di diniego totale o parziale dell’accesso o di mancato riscontro entro i termini di legge.

Nel corso del 2025 le richieste di accesso civico generalizzato (c.d. FOIA) sono state pari a 31, mentre non sono pervenute istanze di accesso civico c.d. “semplice” (ex art. 5, comma 1 D.lgs. 33/2013).

Riguardo le istanze di riesame, si precisa che nel corso del 2025 sono pervenute al RPCT tre istanze. Anche nel 2025, l’attività di gestione delle richieste di accesso civico generalizzato (c.d. FOIA) sono state curate dall’Ufficio I Affari Generali della Direzione Centrale degli Affari Generali, il quale ha fornito il supporto giuridico necessario alle strutture amministrative e scientifiche dell’ISS destinatarie, per competenza, delle istanze di accesso civico, al fine di sensibilizzarle ad una maggiore consapevolezza circa il rispetto delle scadenze legali delle attività di riscontro a dette istanze.

Nell’ambito di tale attività, anche alla luce delle “*Indicazioni operative per la corretta gestione del flusso documentale scaturente dalle richieste di accesso agli atti*” (n. prot. 0048033 del 14/11/2024), continua il costante monitoraggio delle istanze ricevute e dei riscontri o non riscontri trasmessi, con

la pubblicazione semestrale del Registro degli accessi (atti, semplice e generalizzato c.d. FOIA) all'interno della sezione AT, sottosezione Prevenzione della Corruzione / Accesso civico.

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, è consentita seppur nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nel Regolamento UE 2016/679, tra cui, in particolare, il principio di non eccedenza.

Al fine di garantire un contemperamento di interessi tra le esigenze della trasparenza e il corretto trattamento dei dati personali, sussiste un'idonea attività di interlocuzione e di confronto con il DPO. La collaborazione con la Struttura di Supporto al DPO ha portato al perfezionamento di alcune procedure di pubblicazione di dichiarazioni rese dai dipendenti tramite moduli o formulari, impedendo, già dalla predisposizione di tali *fac-simile*, la possibilità di inserire dati personali eccedenti. Si precisa che, per quei documenti ancora riportanti dati personali eccedenti, prima della pubblicazione si è provveduto al loro oscuramento effettuato in modalità informatizzata, Continuerà, anche nell'anno 2026, la collaborazione con il Responsabile della Protezione dati per garantire il rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, nel più ampio contesto del relativo bilanciamento con gli obblighi di trasparenza.

2.3.5.10 ATTIVITA' CONTRATTUALE

L'attività contrattuale dell'Istituto si suddivide in diverse fasi: della programmazione, progettazione (per i lavori Progettazione di Fattibilità Tecnico-Economica; Progettazione Definitiva; Progettazione Esecutiva), affidamento ed esecuzione.

Le due fasi principali sono: la fase procedimentale, che riguarda la fase di scelta del contraente privato, da quando l'amministrazione decide di contrarre (oggi decisione a contrarre ex art. 17 del D.lgs n. 36 del 2023), procede alla selezione (bando di gara, avviso esplorativo o di manifestazione di interesse, procedura negoziata, Consip, gara europea, opera la scelta (aggiudicazione della procedura) fino alla fase di approvazione e controllo (collaudo-verifica di conformità).

La fase ad evidenza pubblica nonché di scelta del contraente è governata dai "super principi", oggi recepiti nel "Codice" n. 36 del 2023 dall'art. 1 all'art. 11, che sono:

- Il principio del risultato ;
- Il Principio della fiducia;
- Il Principio dell'accesso al mercato;
- Il Principio di buona fede e di tutela dell'affidamento;
- Il Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale;
- Il Principio di auto-organizzazione amministrativa;
- Il Principio di autonomia contrattuale ;
- Il Principio di conservazione dell'equilibrio contrattuale;
- Digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti.

Il comma 1 dell'art. 19 del Codice dei contratti richiama i principi fondamentali che vengono in rilievo con l'attività di digitalizzazione; in particolare, si tratta dei principi di neutralità tecnologica, trasparenza, sicurezza informatica, protezione dei dati personali, principi che consentiranno di dare attuazione, in primis, al diritto di cittadinanza digitale. Un codice dei contratti pubblici al passo con i tempi non può trascurare, per il settore che va a regolare, una norma generale avente ad oggetto i principi e i diritti digitali, in tal modo evocando la saldatura con le iniziative unionali relative al processo di transizione digitale europeo in atto (si pensi, tra le altre, alla proposta della Commissione del 26 gennaio 2022, rivolta al Parlamento europeo ed al Consiglio, di sottoscrizione di una "Dichiarazione sui diritti ed i principi digitali", che muove nella direzione di un rafforzamento di questi diritti, avvertito come necessario, tanto che la dichiarazione dovrebbe assumere una funzione integrativa della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione). Sono richiamati al comma 1 anche i principi della neutralità tecnologica e di trasparenza, in quanto assumono una particolare centralità

nel settore in esame, per l'esigenza di preservare le scelte consapevoli degli operatori economici che si coniugano con le garanzie di certezza e per assicurare una piena conoscibilità dei processi decisionali, indispensabile nell'ottica della finalità di una rinnovata fiducia verso l'azione amministrativa. Il filo conduttore che lega la trama dei principi testé richiamati è rappresentato dalla considerazione che l'utilizzo della tecnologia assume sempre un ruolo servente, con il fine di accrescere l'efficacia e l'efficienza dei processi decisionali, ma non può mai implicare un arretramento delle garanzie o dei diritti degli operatori economici né dei doveri gravanti sulle pubbliche amministrazioni.

Il comma 2 chiarisce che operare in chiave digitale implica anche una piena applicazione del principio *once only* nei rapporti tra amministrazioni e tra queste e gli operatori del settore appalti, per cui i dati e le informazioni già nella disponibilità delle amministrazioni, ovvero che possono essere acquisite tramite l'accesso a banche dati delle pubbliche amministrazioni, non dovranno essere richiesti ripetutamente, ma saranno forniti una sola volta.

Il comma 3 sottolinea l'importanza che tutte le attività e i procedimenti amministrativi connessi al ciclo di vita dei contratti pubblici siano svolti digitalmente al fine di realizzare dati che potranno essere fruiti secondo le previsioni di cui al D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (CAD). Ciò implica che le attività e i procedimenti amministrativi connessi all'intero ciclo di vita dei contratti pubblici saranno svolti digitalmente mediante le piattaforme e i servizi digitali infrastrutturali delle stazioni appaltanti e degli enti concedenti.

Il comma 4 ribadisce l'importanza, per l'effettiva realizzazione della digitalizzazione delle procedure di gara che i soggetti titolari di banche dati consentano automaticamente l'accesso digitale alle informazioni disponibili presso le banche dati di cui sono titolari, mediante le tecnologie di interoperabilità dei sistemi informativi secondo le previsioni e le modalità di cui al D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82. Al fine di realizzare tale accesso diretto i detti soggetti dovranno adottare le necessarie misure organizzative e di revisione dei processi e dei regolamenti interni. Il rispetto dei principi elencati in questo articolo impone anche che le stazioni appaltanti e, in generale, tutti i soggetti coinvolti adottino idonee misure organizzative, e di revisione dei processi e dei regolamenti interni, al fine di consentire la completa gestione digitale dei procedimenti e di abilitare l'accesso digitale alle informazioni disponibili presso le banche dati di cui sono titolari, mediante le tecnologie di interoperabilità dei sistemi informativi previste dal CAD. Essenziale saranno, quindi, la interconnessione e la interoperabilità tra i sistemi telematici attraverso le interfacce applicative (API), in modo da consentire un risparmio di tempo nell'acquisire i dati e le informazioni pertinenti a ogni contratto e che ne consentano la tracciabilità e la trasparenza.

L'Istituto Superiore di Sanità è dotato di una sua piattaforma e-procurement certificata secondo le disposizioni vigenti in materia, e si adopera affinché tutto il ciclo di vita dei contratti sia digitalizzato, onde evitare fenomeni corruttivi e tentativi di infiltrazione mafiosa.

Le attività di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione, sono gestite attraverso piattaforme e servizi digitali fra loro interoperabili secondo quanto disposto dagli artt. 22 e 25 del Codice.

I soggetti che intervengono nel ciclo di vita digitale dei contratti pubblici procedono all'atto dell'avvio della procedura secondo le disposizioni del codice di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005 e dell'articolo 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136.

Per migliorare l'efficienza le stazioni appaltanti e gli enti concedenti provvedono, ove possibile, ad automatizzare le proprie attività ricorrendo a soluzioni tecnologiche, ivi incluse l'intelligenza artificiale e le tecnologie di registri distribuiti.

Fasi dell'attività contrattuale:

Programmazione: l'art. 37 del Codice stabilisce che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti:

- a) adottano il programma triennale dei lavori pubblici e il programma triennale degli acquisti di beni e servizi. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio;
- b) approvano l'elenco annuale che indica i lavori da avviare nella prima annualità e specifica per ogni opera la fonte di finanziamento, stanziata nello stato di previsione o nel bilancio o comunque disponibile.

La stazione appaltante, prima dell'avvio delle procedure di affidamento dei contratti pubblici, adotta un provvedimento in cui viene esternata la volontà di contrarre e sono indicati gli elementi essenziali del contratto e i criteri di selezione degli operatori economici e delle offerte.

Il codice prevede che in caso di affidamento diretto detto provvedimento sia direttamente costitutivo dell'affidamento e ne indica il contenuto minimo. L'esistenza di una norma specifica per l'affidamento diretto, contrapposta a quella delle procedure, evidenzia che il primo non costituisce "procedura".

Per le procedure sottosoglia l'Istituto segue il principio di rotazione degli inviti e degli affidamenti

Il contratto è stipulato, a pena di nullità, in forma scritta ai sensi dell'allegato I.1, articolo 3, comma 1, lettera b), in modalità elettronica nel rispetto delle pertinenti disposizioni del codice

dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, in forma pubblica amministrativa a cura dell'ufficiale rogante della stazione appaltante, con atto pubblico notarile informatico oppure mediante scrittura privata. In caso di procedura negoziata oppure per gli affidamenti diretti, mediante corrispondenza secondo l'uso commerciale, consistente in un apposito scambio di lettere, anche tramite posta elettronica certificata o sistemi elettronici di recapito certificato qualificato ai sensi del regolamento UE n. 910/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 luglio 2014. I capitolati e il computo metrico estimativo, richiamati nel bando o nell'invito, fanno parte integrante del contratto.

L'Istituto persegue, nell'affidamento dei contratti pubblici di lavori servizi e forniture il principio del risultato, favorendo l'interesse pubblico come finalità principale; per quanto concerne l'affidamento del contratto e la sua esecuzione si predilige la massima tempestività e il miglior rapporto possibile tra qualità e prezzo, sempre nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza, che vengono espressamente richiamati nella documentazione della procedura ad evidenza pubblica.

L'Istituto, al fine di individuare il miglior offerente, predilige la concorrenza, come mezzo per il raggiungimento del risultato. Si collega così il risultato, inteso come fine, alla concorrenza, intesa come metodo (sulla scorta di quanto avviene per l'art. 97 Cost., in cui il buon andamento è legato all'imparzialità, al punto da essere stati considerati per lungo tempo una vera e propria endiadi).

La trasparenza è funzionale alla massima semplicità e celerità nella corretta applicazione delle regole del codice e ne assicura la piena verificabilità. Il riferimento espresso alla "verificabilità" evoca il concetto di accountability, inteso come responsabilità per i risultati conseguiti. In questa ottica, la logica del risultato, attraverso la definizione degli obiettivi e il controllo trasparente sull'attività amministrativa, costituisce un mezzo per assicurare l'accountability, in un'ottica di crescente efficienza e responsabilizzazione delle amministrazioni pubbliche.

La seconda fase, di tipo negoziale, va dalla stipula del contratto fino all'adempimento-esecuzione, con le connesse fasi arbitrali di transazione e contenziose; in questa fase le parti pubblica e privata sono sullo stesso piano.

Fase esecutiva

Negli articoli 114, 115 e 116 sono state riordinate le previsioni già contenute, in ordine sparso, negli artt. 101, 102 e 111 del decreto legislativo n. 50 del 2016, secondo i seguenti criteri:

- nell'art. 114 (ex 101) si sono previste le figure professionali necessarie per lo svolgimento dell'attività esecutiva da parte delle stazioni appaltanti qualificate, limitando quindi la disposizione al profilo soggettivo;
- nell'art. 115 (ex 111) si sono previste le attività di direzione, controllo e contabilità, sotto il profilo oggettivo;
- nell'art. 116 (ex 102) si sono previste le attività di collaudo e verifica di conformità.

Nella fase d'esecuzione particolare attenzione è rivolta sia ai subappalti attraverso verifiche pronte e concrete per eliminare il c.d. "capolarato", sia alle varianti e modifiche del contratto in corso d'esecuzione.

Le due fasi sono strettamente connesse e consentono di eliminare le asimmetrie informative che creano diseconomie di scala; il migliore strumento per eliminare le asimmetrie informative è l'apertura al mercato (procedura aperta).

Il presupposto per l'iter di formazione del contratto è l'inserimento dell'intervento da realizzare nell'atto di programmazione, con la c.d. esigibilità e copertura della spesa secondo quanto stabilito dai principi di contabilità di Stato attraverso cui si individuano i fabbisogni e le risorse finanziarie per la realizzazione dell'intervento.

Le procedure di affidamento sono: la procedura aperta, la procedura ristretta, la procedura negoziata competitiva con negoziazione, la procedura negoziata senza bando, dialogo competitivo e partenariato pubblico-privato, attraverso albi ed elenchi costituiti dalla stazione appaltante.

Oltre alle opere e i lavori pubblici, l'attività negoziale riguarda anche i servizi e le forniture attraverso outsourcing (esternalizzazione, apertura al mercato aziendale).

PATTI DI INTEGRITA'

Il patto di integrità viene allegato e compilato, prima della stipula del contratto con l'aggiudicataria, in tutte le procedure di gara sopra e sottosoglia comunitaria. Il Patto di integrità regola i comportamenti degli operatori economici sia durante la fase svolgimento delle procedure di gara indette, a cui gli operatori economici partecipano, nella fase di esecuzione del contratto eventualmente a loro affidato in esito alle già menzionate procedure di gara. Il Patto di integrità regola, inoltre, i comportamenti di ogni soggetto impiegato nell'ambito della procedura di gara.

L'attuazione del Patto di Integrità avviene attraverso la sua inclusione obbligatoria nei documenti di gara (lavori, servizi, forniture) di qualsiasi valore, dove gli operatori economici devono espressamente accettarlo come condizione di ammissione, vincolandolo a comportamenti corretti e legali per prevenire la corruzione, dalla procedura fino all'esecuzione del contratto, prevedendo sanzioni in caso di violazioni, secondo le direttive del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023) e le normative nazionali e regionali anti-corruzione (v. L. 190/2012).

Con l'accettazione e la sottoscrizione del Patto di Integrità, l'operatore economico si impegna a:

- uniformare la propria condotta ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza;
- a non corrispondere né promettere di corrispondere ad alcuno - direttamente o tramite terzi, ivi compresi i soggetti collegati o controllati - somme di denaro, vantaggi o altra utilità finalizzate a facilitare l'aggiudicazione e/o la fase di esecuzione del contratto;
- a segnalare all'Autorità qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento del procedimento di gara e/o nella fase di esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto, comprese illecite richieste o pretese da parte dei dipendenti dell'Autorità;
- a non accordarsi con altri partecipanti alla procedura di gara per limitare con mezzi illeciti la libera concorrenza;
- ad informare puntualmente tutto il personale di cui si avvale del Patto di integrità e degli obblighi in esso contenuti e a vigilare sul rispetto dei medesimi;
- a non conferire incarichi o stipulare contratti con i soggetti di cui all'art. 53, comma 16-ter, del Decreto Legislativo n. 165/2001 e s.m.i..

In caso contrario l'Istituto disporrà l'immediata esclusione dell'Operatore Economico dalla partecipazione alla procedura di gara; l'Amministrazione potrà, altresì, richiedere informazioni circa tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto eventualmente stipulato a seguito della procedura di affidamento.

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, aggiornato in data 29 aprile 2024 con delibera Consiglio di amministrazione n. 3.

L'Amministrazione assume l'impegno di verificare il rispetto e l'applicazione delle prescrizioni contenute nel patto, sia da parte dei partecipanti alla procedura d'appalto, sia da parte dei dipendenti, che dei collaboratori, attraverso i relativi controlli, nel corso di esecuzione del contratto, del Responsabile Unico del Progetto e del Direttore della Esecuzione.

Gli obblighi sopra meglio menzionati nelle fasi di esecuzione del contratto si intendono riferiti all'Operatore Economico con il quale l'Istituto Superiore di Sanità ha stipulato il contratto, il quale avrà l'onere di pretenderne il rispetto anche da tutti i propri eventuali subcontraenti e subappaltatori. A tal fine, la clausola che prevede il rispetto degli obblighi di cui al Patto di integrità, sarà inserita nei contratti stipulati dall'Operatore economico con i propri subcontraenti e subappaltatori.

Il mancato rispetto delle previsioni contenute nel Patto di integrità comporta l'instaurarsi di un contraddittorio con l'Operatore Economico, che potrà comportare l'applicazione, anche in via cumulativa, delle seguenti sanzioni, fatte salve specifiche ulteriori previsioni di legge:

- esclusione dalla procedura di affidamento o revoca della aggiudicazione, con conseguente escussione della cauzione provvisoria o definitiva, a seconda che la violazione venga accertata nella fase precedente all'aggiudicazione dell'appalto o nella fase successiva all'aggiudicazione;
- risoluzione del contratto ed escussione della cauzione definitiva, se la violazione è accertata nella fase di esecuzione dell'appalto. Resta ferma la facoltà per l'Istituto di non avvalersi della risoluzione del contratto qualora lo ritenga pregiudizievole per gli interessi pubblici sottesi al contratto. Sono fatti salvi, in ogni caso, l'eventuale diritto al risarcimento del danno e l'applicazione di eventuali penali.

RASA

La figura del RASA (Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante) è stata istituita con il Comunicato del Presidente ANAC del 28 ottobre 2013, che dispone l'obbligo, per ciascuna stazione appaltante, di nominare, con apposito provvedimento, il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, in attuazione a quanto disposto dall'articolo 33-ter del D.L. n. 179/2012, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 221/2012.

Inoltre, il PNA (Piano Nazionale Anticorruzione) 2016, approvato da ANAC con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, al punto 5.2., precisa, che l'individuazione del RASA configura una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) è un registro nazionale istituito presso l'ANAC che raccoglie informazioni sulle stazioni appaltanti, ossia gli enti pubblici e le amministrazioni autorizzate a gestire appalti e contratti pubblici (L. 221/2012). Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante è la figura designata all'interno di ogni stazione appaltante per gestire l'AUSA.

Compiti del RASA, oltre a quelli sopra evidenziati sono, tra l'altro, la disabilitazione dei profili dei Responsabili Unici del Progetto (R.U.P.) con la conseguente chiusura dei centri di costo relativi, nonché la migrazione massiva dei cig acquisiti.

Come stabilito nel comunicato del presidente ANAC del 17 maggio 2023, è possibile presentare la domanda di iscrizione all'elenco delle stazioni qualificate e delle centrali di committenza a partire dal 1° giugno 2023.

Dal 1° luglio 2023 infatti per effettuare le procedure di acquisizione di forniture e servizi di importo superiore alle soglie previste per gli affidamenti diretti (140 mila euro per servizi e forniture) e per l'affidamento di lavori d'importo superiore a 500.000 euro, le stazioni appaltanti e le Centrali di Committenza – ai sensi degli artt. 62 e 63 del d.lgs. n. 36/2023 (nuovo Codice dei Contratti Pubblici) – devono essere qualificate.

I RASA possono già presentare domanda di iscrizione all'elenco delle Stazioni Appaltanti qualificate, fermo restando la decorrenza degli effetti dell'iscrizione dal 1° luglio 2023.

Nello specifico, per poter accedere al servizio per la richiesta di qualificazione occorre:

- essere registrati come utenti dei servizi dell'Autorità;

- richiedere il profilo di Responsabile dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA) associato al soggetto rappresentato "Amministrazione o soggetto aggiudicatore" dalla pagina di creazione profili presente sul sito ANAC;
- attivare il profilo.

Il Responsabile Anagrafe per le Stazioni Appaltanti – RASA è incaricato alla compilazione e all'aggiornamento dell'Anagrafe.

Con decreto n. 39/2024 del 12 settembre 2024 l'Arch. GIOVANNI CARABOTTA, è stato nominato dirigente reggente dell'Ufficio Contratti, cui segue la nomina di Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Istituto Superiore di Sanità.

2.3.6 LE FASI TRASVERSALI DI 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.

Anche nell'anno 2025 costante è stata la comunicazione con le Strutture ISS per fornire la necessaria assistenza sull'uso della piattaforma informatica anticorruzione. In occasione delle attività di *riesame* e *monitoraggio di I livello* sono state organizzate sessioni di affiancamento/supporto ai Referenti presso un'aula dedicata in giornate ed orari prestabiliti al fine di fornire consulenza sulla compilazione dei dati nella piattaforma informatica.

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sottosezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione/Ente:

- **livelli di responsabilità organizzativa** (es. Capi e Direttori Dipartimenti/Centri/Uffici amministrativi; Capi Reparto/Responsabili di Servizio), **n. di fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali e simili** (es. posizioni organizzative);
- **ampiezza media delle unità organizzative** in termini di numero di dipendenti in servizio;
- **altre eventuali specificità del modello organizzativo**, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati (es. eventuali proposte di modifica dello Statuto in coerenza con PTA-PdP).

Nelle precedenti sezioni 1.3.1 e 1.3.2 si è già illustrato lo schema di organigramma dell'Ente in conformità al Regolamento di organizzazione e funzionamento ISS e la relativa rappresentazione in cifre del personale ascritto alle differenti strutture tecnico- scientifiche ed amministrative in cui lo stesso si dispiega.

Vale la pena richiamare la specificità delle figure professionali di Ricercatori e Tecnologi rispetto ai profili tecnico - amministrativi dell'Ente, secondo la disciplina derivante dalle previsioni del D.P.R. 171/1991 e dall'applicazione del CCNL del comparto istruzione e ricerca 2022-2024, sottoscritto in data 23 dicembre 2025, con indicazione delle principali modifiche, integrazioni e disposizioni non più vigenti rispetto al CCNL 2019-21, nel rispetto del quale sono specificamente individuate le risorse umane inquadrare secondo le carriere professionali parallele dei profili della ricerca.

Partendo dall'inquadramento giuridico di base, sono previsti i passaggi nei livelli dal III al I:

- Ricercatori/Tecnologi: III livello;
- Primi Ricercatori/Primi Tecnologi: II livello;
- Dirigenti di Ricerca/Dirigenti Tecnologi: I livello.

Per il personale dei livelli IV-VIII, invece, sono riconosciute – partendo dai livelli di ingresso - quattro carriere di inquadramento giuridico:

- Operatore tecnico: livelli VIII-VII-VI;

- Collaboratore di amministrazione: VII-VI-V;
- Collaboratore tecnico Ente di ricerca: livelli VI-V-IV;
- Funzionario di amministrazione: livelli V-IV.

In ordine alla dirigenza pubblica, resta in vigore la doppia articolazione ex art 19 D.lgs. 165/2001 differenziata tra incarichi di livello dirigenziale non generale e incarichi di livello dirigenziale generale, ovvero le posizioni amministrative di vertice gerarchicamente articolate in:

1. Dirigenti amministrativi di I fascia (livello generale);
2. Dirigenti amministrativi di II fascia (livello non generale).

3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nel corso degli anni l'Ente ha progressivamente introdotto e consolidato strumenti organizzativi volti al miglioramento del work-life balance promuovendo al contempo il benessere organizzativo e il miglioramento della qualità delle prestazioni.

In particolare, l'ampia flessibilità dell'orario di lavoro e il ricorso strutturato al lavoro a distanza – nelle forme del lavoro agile e del telelavoro domiciliare – favoriscono un'organizzazione del lavoro basata su flessibilità, valutazione per obiettivi, valorizzazione delle risorse umane e razionalizzazione delle risorse strumentali.

In particolare l'Ente ha assicurato in modo stabile la possibilità di accesso per tutto il personale dipendente al lavoro a distanza, collocando tale modalità all'interno di un assetto ordinario basato sul principio della prevalenza del lavoro in presenza e sulla stipula di accordi individuali, nel rispetto delle disposizioni vigenti. Al 1° gennaio 2025 l'88,5% del personale dipendente aveva sottoscritto un contratto di lavoro a distanza.

In tale contesto, il lavoro a distanza è stato valorizzato non solo come misura di conciliazione dei tempi di vita e lavoro, ma anche quale strumento di innovazione organizzativa, con l'obiettivo di conseguire un efficientamento dei processi.

In tale contesto il lavoro agile, quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro dipendente, mediante accordo tra le parti, senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, tra i principali vantaggi presenta la riduzione degli spostamenti e una miglior gestione del tempo, la possibilità di garantire l'operatività anche in situazioni di emergenza, consentendo un'ottimizzazione delle risorse logistiche e infrastrutturali.

Nel marzo 2025 sono state aggiornate le Linee guida adottate dall'Ente nel 2022, con l'obiettivo di allineare la disciplina vigente alle disposizioni introdotte dal CCNL Comparto Istruzione e Ricerca 2019/2021. Sono stati rivisti ed aggiornati i vari aspetti del lavoro a distanza, nelle due forme del lavoro agile e del telelavoro domiciliare, definendo i destinatari, le attività telelavorabili, le modalità di stesura dei progetti, i titoli di preferenza per l'accesso al lavoro a distanza, la modalità di stipula degli accordi individuali, i requisiti di conformità alle norme vigenti in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro. In particolare si è inteso dedicare apposite tutele ai lavoratori in situazioni di fragilità personale o familiare, anche alla luce degli indirizzi già forniti dal Ministro per la Pubblica Amministrazione con la Direttiva del 29 dicembre 2023, consentendo la massima flessibilità della prestazione del lavoro a distanza, previa valutazione da parte del datore di lavoro. Per il solo personale neoassunto, al fine di assicurare una piena integrazione nella struttura e nella

squadra, sono state fornite indicazioni per consentire l'attivazione del lavoro a distanza normalmente decorsi tre mesi dall'assunzione. Sono state inoltre fornite specifiche indicazioni al fine di assicurare la prestazione in caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, che rallentano o impediscono l'attività.

L'Ente ha inoltre proseguito nell'investimento tecnologico, volto alla creazione di una procedura interamente informatizzata per la gestione e la stipula degli accordi individuali di lavoro a distanza, nonché per assicurare il processo di rilevazione delle presenze attraverso la timbratura virtuale. E' stato inoltre implementato il processo per dotare tutto il personale dipendente di PC portatili.

Per l'anno 2026 si intende sensibilizzare ulteriormente il personale ad una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e all'incremento della produttività, garantendo al contempo le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro ed il benessere lavorativo del personale.

A tal fine si avvierà una specifica attività di monitoraggio, anche attraverso la somministrazione di questionari anonimi, volta a valutare la percezione delle misure adottate dall'ente e finalizzata ad individuare nuove misure ed eventuali correttivi

Sarà altresì necessario continuare ad analizzare i fabbisogni formativi dei direttori responsabili di struttura per rafforzarne le competenze gestionali orientate al lavoro per obiettivi e all'incremento della produttività, attraverso nuove soluzioni organizzative e l'uso delle tecnologie.

Si continuerà inoltre a promuovere la sicurezza informatica per assicurare la protezione dei dati, nonché a migliorare gli strumenti software adeguandoli ad una sempre più efficace gestione dei flussi di lavoro.

3.3. SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

PIANO DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE: AGGIORNAMENTO 2026

Nell'ambito del contesto normativo che disciplina la programmazione del fabbisogno del personale, già con la cosiddetta riforma Madia si era giunti ad un progressivo superamento della dotazione organica quale limite alle assunzioni, tanto che, fermi restando i limiti di spesa previsti dalla normativa vigente, il DL.vo 75/2017, novellando l'art. 6 del DL.vo 165/2001, ha consentito il superamento della dotazione organica quale "contenitore rigido" in favore di uno strumento programmatico di natura dinamica, il "Piano triennale di fabbisogni di personale". Tali modifiche risultano coerenti con la specifica normativa prevista per gli EPR dal DL.vo 218/2016, che prevede norme in tema di semplificazione delle attività dei già menzionati enti, con particolare riferimento a quanto disciplinato dagli artt. 7, commi 1 e 3 e 9, commi 1 e 2.

Successivamente, anche il contesto normativo entro cui si colloca l'aggiornamento del piano del fabbisogno del personale è stato innovato in forza dell'entrata in vigore del Decreto-legge 80/2021 (convertito in Legge 113/2021 e ulteriormente modificato dall'art. 1, comma 12, del Decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito con Legge 15/2022). La richiamata norma, all'art. 6, ha previsto per le pubbliche amministrazioni l'adozione di un Piano integrato di attività e organizzazione, cosiddetto PIAO (da adattarsi entro il 31 gennaio di ogni anno), in cui trovano organica collocazione le azioni programmatiche da svolgersi nel triennio di riferimento, anche in tema di strategia di gestione del capitale umano.

Il "Piano triennale dei fabbisogni di personale", aggiornato annualmente, deve essere accompagnato dall'indicazione delle risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

La consistenza della dotazione organica è conseguenza diretta della rimodulazione, quantitativa e qualitativa, della programmazione triennale del fabbisogno del personale, come annualmente aggiornata.

Sono fatte salve le eventuali ulteriori previsioni normative, di maggior favore per il comparto di riferimento, che saranno adottate successivamente all'approvazione del presente piano triennale.

Stato delle procedure concorsuali

In applicazione dei piani di fabbisogno di personale degli anni precedenti, sono stati banditi pubblici concorsi e procedure di mobilità di cui al DL.vo 165/2001.

Inoltre in virtù di quanto previsto dall'art. 3, comma 2, del Decreto legge 14 marzo 2025 n. 25, convertito con modificazioni dalla Legge 9 maggio 2025 n. 69, recante "Disposizioni urgenti in materia di personale delle pubbliche amministrazioni" l'Ente ha avviato dapprima una procedura per l'acquisizione di manifestazioni di interesse rivolta al personale in servizio presso l'Ente in posizione di comando da più di dodici mesi con il profilo di Dirigente Medico/o Dirigente Biologo/o Dirigente Statistico ed in base alle istanze pervenute nei termini (due) sono stati avviati nel dicembre 2025 i relativi bandi di mobilità.

È stata altresì data applicazione, come espressamente previsto nel PTA 2025- 2027 (anno di riferimento 2025), sia a procedure di valorizzazione delle risorse professionali presenti in ISS ai sensi dell'art. 12 bis del DL.vo 218/2016, che all'attivazione di procedure ai sensi dell'art. dell'art. 20, comma 2, in combinato disposto con il comma 2 bis, del D.Lgs 25.5.2017, n. 75 (c.d. Madia) come da ultimo deliberato dal C.d.A. dell'11 dicembre 2025.

ANALISI DELLE RISORSE UMANE

Si riporta qui di seguito una rappresentazione delle movimentazioni del personale a tempo indeterminato effettuate nel corso del 2025:

PERSONALE ISS A TEMPO INDETERMINATO: movimentazioni nell'anno 2025							
Profilo	Livello	Situazione al 31/12/2024	Assunzioni 2025		Cessazioni 2025	Situazione al 31/12/2025	Differenza
			pubblico concorso	altre procedure			
Dirigente di Ricerca	I	111		1 *	6	105	-6
Primo Ricercatore	II	435	6		14	425	-10
Ricercatore	III	269	5	19 **	3	295	26
Dirigente Tecnologo	I	16	2			18	2
Primo Tecnologo	II	30	4	1 **	1	34	4
Tecnologo	III	96	7	5 **		108	12
CTER	IV	226			25	201	-25
	V	152		2 ***	2	152	0
	VI	110	20	2 **	2	132	22
OPTER	VI	46			7	39	-7
	VII	47			3	44	-3
	VIII	21		1 **	1	25	4
Dirigente Centrale	I	2				2	0
Dirigente	II	8		1 *		9	1
Funzionario	IV	34			3	31	-3
	V	30	3	2 * / ****	2	32	2
	V	72			5	67	-5
CAER	VI	22				22	0
	VII	1				1	0
Totale		1728	47	34	74	1742	14

* ex art. 30 D.Lgs 165/2001 ** ex art. 12 bis D.Lgs 218/2016 *** utilizzo graduatoria altro ente (Asl RM2)

**** assegnazione temporanea ex art. 42 bis D.Lgs. 151/2001

Per completezza, si fornisce di seguito anche la rappresentazione per profilo dei contratti a tempo determinato.

PERSONALE ISS A TEMPO DETERMINATO al 31/12/2025		
Profilo	Livello	Unità
Dirigente di ricerca (Direttori di Dipartimento e Centro)	I	4
Dirigente tecnologo	I	2
Primo ricercatore	II	1
Primo tecnologo	II	1
Ricercatore	III	108
Tecnologo	III	28
CTER	IV	33
CAER	VII	6
OPTER	VIII	
Funzionario	V	3
Dirigente Generale (ISS, CNS, CNT)		3
Dirigente ex art. 15 septies* reclutati da CNS e CNT		11
Totale		200**

* giusta art. 19 bis, co. 5 del ROF dell'ISS

** di cui: 140 unità gravanti su Progetto, 33 unità gravanti su fondi PNRR e 10 unità gravanti su fondi di cui all'art. 11 del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, coordinato con la legge di conversione 24 aprile 2020, n. 27, recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

AGGIORNAMENTO DEL PIANO ASSUNZIONALE 2026

Capacità assunzionale

L'aggiornamento del piano del fabbisogno del personale per l'anno 2026 si svilupperà in coerenza con quanto declinato nel precedente piano di riferimento 2025-2027, fatte salve, ovviamente, future previsioni normative che saranno adottate in fase di rinnovo contrattuale del comparto di riferimento, come anche tenuto conto di eventuali interventi legislativi volti al finanziamento dei contratti e delle progressioni professionali in favore degli Enti pubblici di ricerca vigilati dal Ministero della Salute, in coerenza con quanto già operato per gli Enti vigilati dal Ministero Università e Ricerca.

Sui fabbisogni assunzionali dell'ente incide il disposto ex art. 1, comma 165 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207, di cui si dirà più avanti.

L'aggiornamento del piano del fabbisogno del personale per l'anno 2026 tiene, altresì, conto del limite finanziario che determina la capacità assunzionale – ai sensi dell'art. 9, comma 2, del D.Lgs n. 218/2016, come modificato dall'articolo 1, comma 826, della Legge di bilancio 30 dicembre 2024.

In tabella si individua la capacità assunzionale dell'ente.

CAPACITA' ASSUNZIONALE (RENDICONTO GENERALE 2025 elaborato PROVVISORIO 11/12/2025 - entrata al netto PNC)				
ENTRATE CORRENTI				
	ESERCIZIO	IMPORTO ACCERTATO		
	2023	239.492.449,52		
	2024	219.235.679,67		
	2025	253.632.622,19		
	TOTALE	712.360.751,38		
MEDIA TRIENNIO		237.453.583,79		
Spesa personale anno 2025		139.772.565,63		
	=	SPESE PERSONALE ANNO 2025	139.772.565,63	
		MEDIA ENTRATE CORRENTI TRIENNIO 2023-2025	237.453.583,79	58,86%
decurtazione pari al 25% della spesa del personale cessato 2025			-1.076.505,89	
Margine capacità assunzionale in %			20,69%	

In questa sede preme evidenziare il **significativo incremento delle entrate realizzato nell'anno 2025.**

Lo stesso è dovuto alla forte capacità attrattiva dei finanziamenti ottenuti grazie alle attività di ricerca dell'ente e alla promozione delle attività istituzionali, insieme a un'efficace gestione dei rapporti con istituzioni nazionali e internazionali portati avanti a tutela della salute pubblica

Parametro qualitativo

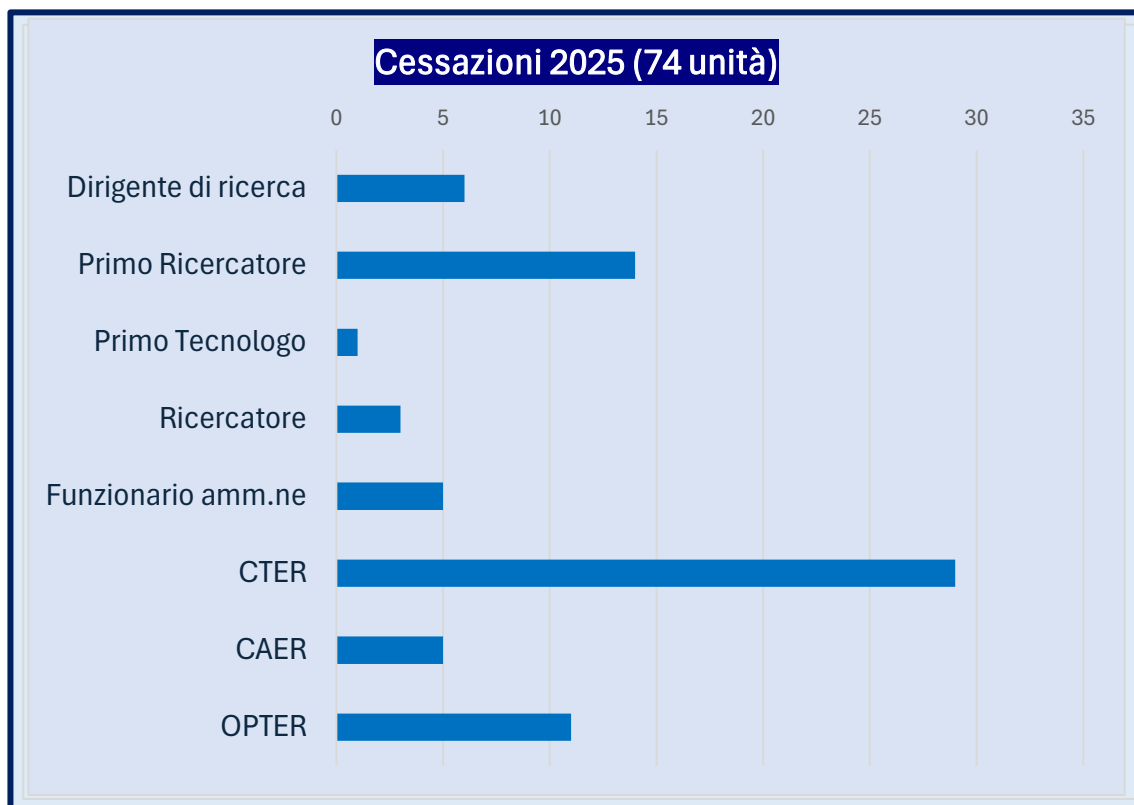
Per l'anno di riferimento, la politica dell'ente in materia di risorse umane intende continuare a prevedere:

- sbocchi di carriera per i livelli apicali;
- individuazione di profili specializzati che rispondano agli obiettivi strategici dell'ente;
- rafforzamento del reclutamento del personale, investendo su risorse opportunamente inquadrare.

Si evidenzia che l'ente ha previsto una revisione triennale dei carichi di lavoro per consentire una riorganizzazione più performante della ripartizione delle carriere.

Parametro quantitativo

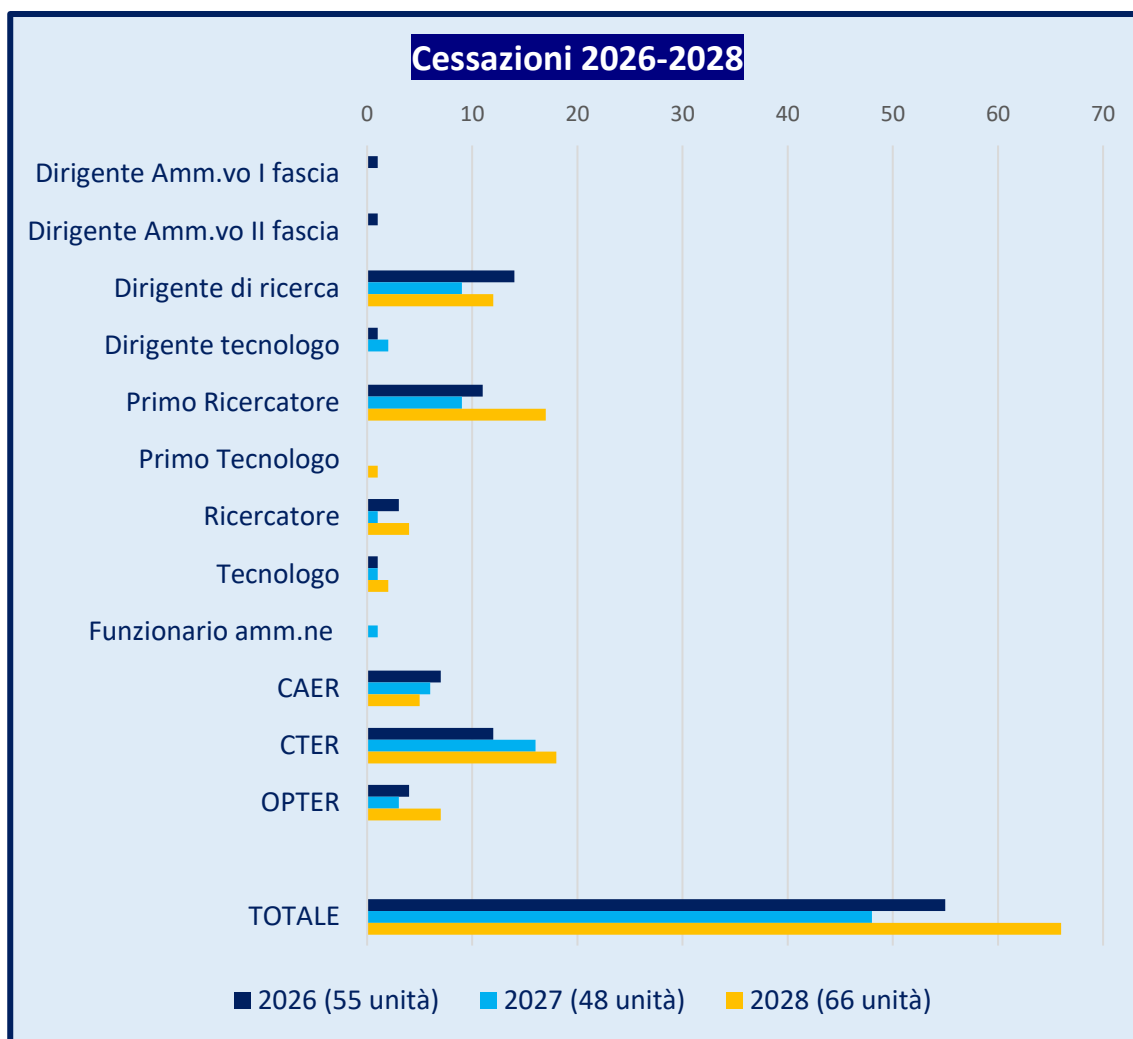
Per quanto attiene al parametro quantitativo, si è tenuto conto della riduzione complessiva e progressiva del personale in servizio, di cui si fornisce una rappresentazione per il 2025.



ANDAMENTO DELLE CESSAZIONI DEL PERSONALE ISS

Per quanto attiene alle cessazioni, anche per l'anno 2025, si attesta una tendenza invariata, che continua a rappresentare una rilevante criticità per l'ente. La dispersione delle competenze costituisce, infatti, una seria difficoltà per un ente di ricerca come l'ISS.

Proprio per questo, lo scopo del piano di cui al presente documento è quello di assicurare continuità nelle competenze e professionalità necessarie a garantire le missioni presenti e future, previa verifica del limite finanziario di cui al succitato art. 9, comma 2, del D.Lgs n. 218/2016, come modificato dall'articolo 1, comma 826, della Legge di bilancio 30 dicembre 2024.



PIANO DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE 2026-2028

Tramite la programmazione dei fabbisogni di personale per il triennio 2026-2028, configurata quale evoluzione naturale dei piani triennali precedenti, viene affidata alla capacità e alla responsabilità di ogni singola amministrazione l'individuazione concreta e dinamica delle professionalità occorrenti al raggiungimento dei propri fini istituzionali, con il limite del rispetto dei vincoli di spesa e di finanza pubblica.

A tale proposito, si specifica che, come già rappresentato in premessa, nell'individuazione dei posti disponibili, si è tenuto conto dell'art. 9, comma 2, del D.Lgs n. 218/2016, come modificato dall'articolo 1, comma 826, della Legge di bilancio 30 dicembre 2024 e della capacità assunzionale posta in capo all'ente per l'anno 2026.

Strumenti attuativi

A seguito dell'analisi complessiva delle risorse umane a disposizione dell'ente e dell'individuazione delle figure professionali necessarie allo svolgimento e al potenziamento delle attività demandate allo stesso, si fornisce quindi la seguente rappresentazione del piano assunzionale 2026-2028:

Risorse umane e Piano assunzionale 2026				
Profilo	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2025	Piano assunzionale		
		2026	2027*	2028*
Dirigente I fascia	2		1	
Dirigente II fascia	9	1		
Dirigente di Ricerca	105	8	4	4
Primo Ricercatore	425	22	4	4
Ricercatore	295	24	20	20
Dirigente Tecnologo	18	6	3	3
Primo Tecnologo	34	5	4	4
Tecnologo	108	10	7	7
Funzionario	63		2	2
CAER	90			
CTER	485	16	15	16
OPTER	108			
Totale	1742	92	60	60

In questa sede, è utile evidenziare che nel 2025 è stata data applicazione a quanto previsto dall'art.1, comma 165 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207 recante il bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e il bilancio pluriennale per l'anno 2025-2027, che consente alle pubbliche amministrazioni la possibilità di richiedere il trattenimento in servizio del personale dipendente (nel limite del 10% delle facoltà assunzionali autorizzate e previa disponibilità degli interessati, che non devono aver compiuto più di 70 anni) di cui si ritenga necessario continuare ad avvalersi, sulla base delle esigenze organizzative e del merito. In conseguenza di ciò sono stati realizzati alcuni trattenimenti in servizio per un costo complessivo di euro 588.408,63.

Per l'anno corrente invece l'Ente, in virtù di quanto stabilito con delibera del C.d.A. n. 2 del 27 ottobre 2025, ha ritenuto di non poter ricorrere all'istituto giuridico del trattenimento in servizio di cui all'art. 1, comma 165, della L.207/2024, tenuto conto delle condizioni stringenti derivanti dall'applicazione del combinato disposto dell'art. 1, comma 165, della Legge di bilancio 30 dicembre 2024, n. 207 e dell'art. 9, comma 2, del D.Lgs n. 218/2016 come modificato dall'articolo 1, comma 826, della Legge di bilancio 30 dicembre 2024, che comprimono fortemente, per l'anno 2026, la capacità assunzionale dell'Ente.

Procedure di reclutamento e istituti contrattuali

Le procedure di reclutamento per il triennio 2026-2028 saranno attivate con le seguenti modalità:

- attivazione di procedure concorsuali che garantiscano in misura adeguata l'accesso dall'esterno, in conformità con quanto previsto dagli artt. 35 e seguenti del DL.vo 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni;
- assunzioni obbligatorie nel rispetto della Legge 68/1999, in caso di scoperture delle quote di riserva del personale con disabilità e delle cosiddette categorie protette. Come previsto dalla citata normativa, il rispetto di queste quote sarà verificato al 31 dicembre di ciascun anno;
- avvio di procedure di mobilità, rivolte a personale già dipendente di altre pubbliche amministrazioni;
- valorizzazione delle risorse professionali presenti in Istituto, per il tramite degli strumenti previsti dalle norme di legge nel tempo vigenti, anche mediante l'utilizzo di graduatorie vigenti relative a procedure bandite nel 2025, nei limiti delle risorse disponibili, ivi incluse le procedure di superamento del precariato.

È, altresì, intenzione dell'Istituto continuare ad assicurare un adeguato sviluppo professionale delle risorse umane attraverso gli istituti previsti dalla contrattazione collettiva di comparto, sia nei riguardi del personale dei livelli I-III, sia di quello inquadrato nei livelli IV-VIII.

In tale contesto, si terrà in debita considerazione quanto eventualmente pattuito in sede di rinnovo della disciplina contrattuale nel periodo di riferimento del presente piano.

Piano assunzionale 2026		
Profilo	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2025	Piano assunzionale 2026
Dirigente I fascia	2	
Dirigente II fascia	9	1
Dirigente di ricerca	105	8
Primo ricercatore	425	22
Ricercatore	295	24
Dirigente tecnologo	18	6
Primo tecnologo	34	5
Tecnologo	108	10
Funzionario	63	
CAER	90	
CTER	485	16
OPTER	108	
Totale	1742	92

L'Istituto intende attuare il Piano assunzionale 2026, utilizzando, come detto, tutti gli istituti contrattuali a disposizione, ivi compresa l'attivazione delle procedure selettive interne (si evidenzia che il costo di una posizione a concorso è pari a quello di 5 progressioni ex art. 15 CCNL 7/04/2006), come di seguito rappresentato:

Profilo professionale	PA 2026	Istituti da utilizzare			
		pubblico concorso	posti da bandire ex art. 15	tenure track	legge Madia
Dirigente I fascia					
Dirigente II fascia	1	1			
Dirigente di Ricerca	8	2	6 = 30*		
Dirigente Tecnologo	6	3	3 = 15*		
Primo Ricercatore	22	1	21 = 105*		
Primo Tecnologo	5	2	3 = 15*		
Ricercatore	24	12		6	6
Tecnologo	10	5		2	3
Funzionario					
CTER	16	10		3	3
CAER					
OPTER					
Totale	92	36	33 = 165	11	12

* Il costo di una posizione a concorso è pari a 5 progressioni ex art. 15 CCNL 7/04/2006

Con particolare riferimento alle procedure di cui all'art 15 del CCNL 7/04/2006 si rappresenta che nel corso dell'anno 2025 non si è proceduto a bandire le relative selezioni e che pertanto nel prospetto di cui sopra, relativo alla programmazione 2026, il numero complessivo delle posizioni da dedicare a tale istituto contrattuale è stato aggiornato tenendo però conto dei posti già programmati per il 2025.

Di seguito si dà rappresentazione dei costi delle procedure del Piano assunzionale per l'anno 2026.

Costi delle procedure del Piano assunzionale 2026			
Profilo	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2025	Piano assunzionale 2026	Costi in €
Dirigente I fascia	2		
Dirigente II fascia	9	1	100.992,49 €
Dirigente di ricerca	105	8	687.742,64 €
Primo ricercatore	425	22	1.479.314,54 €
Ricercatore	295	24	1.287.383,28 €
Dirigente tecnologo	18	6	515.806,98 €
Primo tecnologo	34	5	336.207,85 €
Tecnologo	108	10	536.409,70 €
Funzionario	63		
CAER	90		
CTER	485	16	865.828,96 €
OPTER	108		
Totale	1742	92	5.809.686,44 €

Costi unitari per profilo del Piano assunzionale 2026	
Profilo	Costi in €
Dirigente II fascia	100.992,49
Dirigente di ricerca	85.967,83
Primo ricercatore	67.241,57
Ricercatore	53.640,97
Dirigente tecnologo	85.967,83
Primo tecnologo	67.241,57
Tecnologo	53.640,97
CTER	54.114,31
Funzionario	59.188,94

RISORSE FINANZIARIE

Anche per l'anno 2025, si conferma l'andamento positivo del bilancio dell'ente. La già menzionata tendenza positiva è confermata anche per il 2026, come da tabella di seguito riportata.

Contributo per il funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità* cap. 3443 bilancio Ministero della Salute - pluriennali 2025-2027		
2025	2026	2027**
131.966.340,00	131.966.340,00	131.966.340,00

* giusta previsione di Bilancio del Ministero della Salute, al netto di quote vincolate (tabella 15)

** in attesa legge di stabilità

A tali risorse si aggiungeranno, oltre a quelle derivanti dai progetti di ricerca cui l'Ente partecipa e i fondi erogati in conto capitale (destinati all'acquisto di apparecchiature scientifiche), i fondi relativi alle attività di sequenziamento genomico e quelli derivanti dagli interventi di riforma e di investimento previsti nel PNRR e nel Piano nazionale per gli investimenti complementari per il progetto "Salute, ambiente, biodiversità e clima".

Quanto precede consentirà all'ente di proseguire le azioni innovative già individuate nel precedente PTA 2025-2027, potenziandone anche l'ambito di azione.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale e la valorizzazione delle competenze delle risorse umane costituiscono elementi indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e strategici dell'Ente nell'articolazione delle sue strutture amministrative e tecnico-scientifiche.

Al riguardo, la disciplina della formazione nella Pubblica Amministrazione è stata di recente implementata dalla direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione (Direttiva Zangrillo) del 14 gennaio 2025 avente ad oggetto *“la valorizzazione delle persone e la produzione di valore pubblico attraverso la formazione”*².

La citata direttiva indica gli obiettivi, gli ambiti di formazione trasversali e gli strumenti a supporto della formazione del personale pubblico, prevedendo come target di riferimento per le Amministrazioni pubbliche un minimo di 40 ore di formazione annue per ogni dipendente pubblico. Sulla scia delle nuove indicazioni fornite dalla suindicata direttiva, nel corso dell'anno 2025, l'Ente ha provveduto a dare attuazione, per quanto possibile, alle richieste di formazione emerse in fase di ricognizione dei fabbisogni formativi. Al riguardo, sono state tenute in considerazione sia esigenze attinenti a competenze di tipo trasversale, sia esigenze connesse ad obiettivi specifici, in base alle peculiari attività svolte da ogni struttura dell'ente.

I fabbisogni espressi da ciascun Ufficio/Struttura tecnico scientifica sono stati sottoposti alla preventiva valutazione dei Direttori Centrali, sia in termini di afferenza rispetto ai compiti istituzionali, sia per quanto concerne la coerenza della previsione di spesa agli stanziamenti delle pertinenti voci della formazione inserite nel bilancio 2025.

All'esito di tale processo, sono stati raccolti i fabbisogni autorizzati in un unico elenco, contenente tutti i corsi per l'anno 2025, riportando per ciascuno: area tematica, titolo, modalità (se in aula, *e-learning*, modalità mista), durata in ore, profilo e nominativo dei partecipanti, costo presunto per unità ed è apparso opportuno tracciare anche le attività fruite a titolo gratuito, con particolare riferimento a quelle rese disponibili tramite piattaforma Syllabus o attivate dall'Area risorse strumentali e tecnologie informatiche dell'Istituto, al fine di delineare un quadro più esaustivo e poter realizzare un monitoraggio più dettagliato.

In merito alla piattaforma Syllabus, si evidenzia che tutto il personale dell'Ente è stato, già negli scorsi anni, registrato sul portale in parola e quindi messo in condizione di fruire dei percorsi formativi che fanno parte dell'offerta implementata dalla Funzione Pubblica.

² La tematica era già stata trattata dalla direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 23 marzo 2023 *“Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”*.

L'accesso all'offerta formativa ivi presente viene inoltre immediatamente garantito al personale neoassunto, che, successivamente alla sottoscrizione del contratto individuale di lavoro viene registrato in piattaforma Syllabus ed invitato a completare la procedura di accreditamento.

Il piano di formazione per l'anno 2025, così come risultante dalla raccolta dei fabbisogni, è stato poi costantemente aggiornato per tener conto di ogni eventuale sopravvenuta modifica, come, ad esempio, mancate ammissioni o, ancora, nuovi percorsi formativi di particolare interesse.

Nel corso dell'anno 2025, in particolare, sono stati realizzati interventi formativi finalizzati all'approfondimento di peculiari ambiti, quali:

- **Digitalizzazione e innovazione:** in coerenza con quanto previsto per il 2025 sono stati organizzati corsi sui principali applicativi Microsoft (Excel, PowerPoint, Access) ai quali hanno partecipato n. 116 colleghi;
- **Semplificazione, trasparenza amministrativa e anticorruzione:** mediante la partecipazione, su richiesta dell'RPCT dell'Ente, a corsi dedicati agli schemi di pubblicazione per la sezione "Amministrazione Trasparente" e all'approfondimento del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2025. Per i Referenti e Delegati alla prevenzione della corruzione è stato organizzato un corso intensivo sull'aggiornamento e la gestione dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (PNA 2023/2025). Inoltre, sono stati proposti il *Workshop Gender and Intersectionality in Whistleblowing*, il corso "Amministrazione aperta" e percorsi su modelli formativi innovativi per una più efficace attuazione dell'istituto del whistleblowing. Tali interventi hanno contribuito a consolidare la cultura della trasparenza e a garantire il rispetto degli obblighi normativi;
- **Valorizzazione del capitale umano e benessere organizzativo,** mediante la partecipazione di alcuni dipendenti al corso "Benessere organizzativo, stress e strategie di work life balance" con l'obiettivo di migliorare la qualità del lavoro e la motivazione del personale;
- **Alta formazione e sviluppo professionale** quali il Progetto ESSERE PA (Dipartimento della Funzione Pubblica); il corso promosso dall'Università di Roma La Sapienza su "*La previdenza nel pubblico impiego: tra normativa e operatività*"; inoltre a partire dal 2025 l'Ente ha aderito inoltre al programma VALORE PA dell'INPS che consentirà ad alcune risorse di partecipare a specifici percorsi didattici di alta formazione che si svolgeranno nel corso del 2026 nelle seguenti due macro aree: Produzione, gestione e conservazione dei documenti digitali e/o digitalizzati – sviluppo delle banche dati di interesse nazionale

– sistemi di autenticazione in rete – big data management; Progettazione e gestione dei fondi europei – Tecniche per realizzare iniziative innovative e di successo a supporto dello sviluppo – Sviluppo sostenibile e transizione ecologica ;

- **Competenze trasversali e specialistiche** mediante la partecipazione, da parte del personale afferente alle strutture che ne hanno fatto richiesta, a corsi SNA rivolti al personale amministrativo e tecnico-scientifico per rafforzare le capacità gestionali e organizzative, nonché mediante l'attivazione di iniziative formative in materia di appalti, con l'estensione della convenzione ASSORUP al fine di favorire la formazione in primis dei RUP dell'Ente, e più in generale di tutto il personale interessato, e la formazione fruita da alcuni colleghi dell'Ente in tema di contabilità/IVA degli enti pubblici;
- **Formazione a Distanza (FAD) in salute pubblica:** promosso attraverso l'utilizzo della piattaforma EDUISS dell'Istituto, rendendola disponibile anche al personale interno per soddisfare le peculiari esigenze formative dell'area tecnico-scientifica.
- **Intelligenza Artificiale** corso su Machine Learning per le Scienze della Salute, organizzato da risorse interne dell'ente con un ciclo di 5 appuntamenti formativi con la collaborazione dello Spoke 3 del Rome Technopole: "*Introduzione al Machine Learning per le Scienze della Salute*", finalizzato a fornire i fondamenti teorici e gli strumenti pratici per applicare il Machine Learning alle scienze della salute con un focus specifico sulle reti neurali profonde (Deep Learning);
- **Sicurezza e salute sul lavoro** corso per addetti antincendio con il coinvolgimento di 141 risorse dell'Ente: a settembre 2025 il Servizio Prevenzione e Protezione sui luoghi di Lavoro ha avviato un programma di formazione di 16 ore per gli addetti antincendio, mediante la stipula di un accordo con il Ministero dell'interno - Vigili del fuoco.

Per l'anno 2026 con riferimento alla raccolta dei fabbisogni formativi, l'Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione ha attivato le relative procedure di ricognizione. Più nel dettaglio, per garantire un maggior coordinamento delle attività formative dedicate al personale e considerato quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, il suindicato Ufficio ha richiesto a tutte le strutture di individuare un referente interno per la formazione, con l'obiettivo di facilitare da un lato la rendicontazione dell'attività formativa svolta nell'anno 2025 da parte dei dipendenti di ciascuna struttura e, dall'altro, la ricognizione dei fabbisogni formativi per l'anno 2026. I referenti della formazione forniranno inoltre un supporto all'organizzazione delle attività e saranno punto di raccordo tra le strutture dell'Ente, alle quali rispettivamente afferiscono, ed il predetto Ufficio.

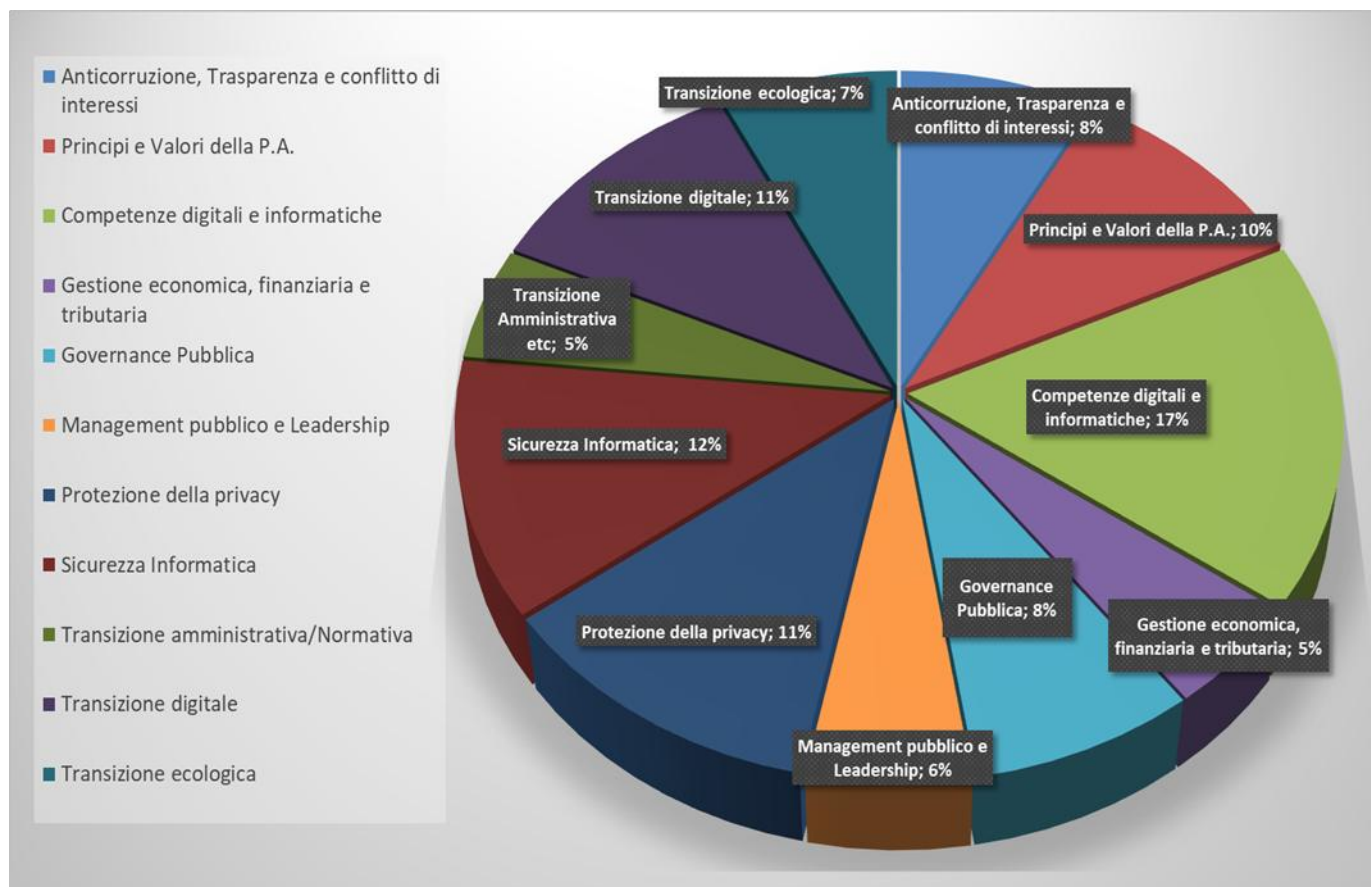
La raccolta dei fabbisogni formativi per il Piano di formazione dell'anno 2026 è stata attivata tramite la preliminare richiesta di compilazione di un *form* al fine di selezionare una o più aree tematiche a

carattere trasversale che possano essere di maggiore interesse in base alle competenze attribuite e alle attività svolte, come, ad esempio, l'area della transizione digitale, anticorruzione, trasparenza e conflitto di interessi.*etc. etc.*

Sono state interpellate in questa fase tutte le strutture sia amministrative che tecnico-scientifiche dell'Ente, per un totale di n. 47 strutture, di queste hanno risposto alla ricognizione dei fabbisogni trasversali n. 33.

Conclusa tale fase, si procederà in un secondo momento all'individuazione dei fabbisogni analitici in coerenza con le preferenze espresse in sede di raccolta dei fabbisogni trasversali.

Le aree tematiche a carattere trasversale di maggiore interesse, evidenziate in esito alla ricognizione dei fabbisogni predetta, sono rappresentate nel diagramma di seguito riportato:



L'Istituto, tenuto conto di tali risultati e considerati gli obiettivi strategici di Ente, stipulerà convenzioni o accordi con enti di formazione, quali in la Scuola Nazionale dell'Amministrazione o altri enti di comprovata serietà ed efficienza, nel rispetto del principio di razionalizzazione della spesa pubblica.

Inoltre prendendo spunto da quanto evidenziato nella già richiamata Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 14 gennaio 2025, ove si sottolinea l'importanza delle competenze umanistiche per i dirigenti e i funzionari pubblici (ma non solo) partendo dal presupposto che *“La formazione non deve concentrarsi solo sulle competenze tecniche, ma deve abbracciare anche l'educazione umanistica. In questa prospettiva, assumono un ruolo chiave la sperimentazione e l'adozione di modalità innovative di apprendimento e progetti formativi incentrati sulla comprensione dell'innovazione e cambiamento, l'autosviluppo e l'attribuzione di senso alla propria esperienza di vita e professionale, anche attraverso il recupero e valorizzazione delle leve “umanistiche”*, l'Ente intende continuare ad avvalersi di percorsi formativi, completamente gratuiti, già sperimentati nel corso del 2025 da alcuni colleghi/e grazie alle risorse messe in campo dal Dipartimento della funzione pubblica che ha realizzato il programma formativo EsserePA.

Tale programma è volto proprio a sviluppare competenze umanistiche quali capacità relazionali, pensiero critico e consapevolezza individuale con l'obiettivo, tra gli altri, di gestire meglio e in modo più consapevole applicazioni e tool di intelligenza artificiale.

I percorsi formativi in cui si articola il programma formativo in parola sono tre:

- **Allenare il pensiero critico;**
- **Progettare comunità**
- **Abitare la complessità**

ciascuno è di 14 ore, e si rivolgono al personale dirigente e ai funzionari, ma non solo, di tutte le Pubbliche Amministrazioni.

Pertanto il personale interessato potrà iscriversi a tali percorsi formativi, previa autorizzazione dei rispettivi Direttori di struttura e previa comunicazione all'Ufficio Reclutamento borse di studio e formazione ai medesimi corsi che si svolgeranno in presenza presso sedi individuate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. L'obiettivo è garantire un'ampia partecipazione e favorire l'aggiornamento professionale in coerenza con le linee strategiche di sviluppo delle competenze.

L'Ente inoltre sta valutando l'organizzazione del percorso formativo ESSERE PA da svolgersi in presenza presso la sede dell'Istituto, destinato ai Direttori Centrali, ai Direttori di struttura – sia amministrative che scientifiche – e ai funzionari individuati dai medesimi. Tale iniziativa sarà realizzata in accordo con la Funzione Pubblica e compatibilmente con le relative disponibilità.

Nella medesima prospettiva l'Ente si avvarrà anche dei percorsi formativi proposti dal Dipartimento della funzione pubblica in collaborazione con il Formez. Si tratta in particolare delle Masterclass su Leadership e valutazione della performance, articolate in 4 moduli didattici ciascuno di 3 ore, con l'obiettivo di approfondire e potenziare le competenze in ambito manageriale.

A ciò si aggiunge quanto già richiamato in precedenza circa percorsi di alta formazione che verranno seguito nel corso del 2026 da alcune risorse dell'Ente grazie al progetto ValorePA dell'INPS al quale l'Ente ha aderito nel 2025.

Come già avvenuto per l'anno 2025, anche nel piano di formazione per l'anno 2026 saranno considerati rilevanti i percorsi formativi erogati dalla già richiamata piattaforma Syllabus, ai quali andranno ad essere affiancati, su espressa richiesta dei Direttori di struttura, i corsi erogati dalla SNA, così come quelli erogati da altre scuole/enti di formazione accreditati.

A tal proposito si evidenzia che il Dipartimento della Funzione pubblica ha enunciato la volontà di inserire in piattaforma Syllabus, nel corso del 2026 anche la formazione linguistica e, come da prassi tutti i dipendenti dell'Ente saranno direttamente abilitati alla fruizione di tali percorsi formativi.

Anche quest'anno verranno considerati valevoli ai fini della formazione i percorsi disponibili sulla piattaforma Eduiss, dedicata alla Formazione a Distanza (FAD) in salute pubblica dell'ISS, i corsi disponibili sulla dalla piattaforma ASSORUP (Associazione nazionale dei responsabili di progetto), alla quale a partire dal luglio 2025 e (sino al giugno 2026) sono stati abilitati ed espressamente invitati ad accedere e fruire dei percorsi formativi disponibili, tutti i RUP dell'Ente, ed i corsi disponibili sul sito *"Formazione interna dell'Istituto"*.

L'Ente intende inoltre riconoscere una crescente rilevanza agli eventi formativi e/o corsi di formazione interna, organizzati dagli stessi Centri, Dipartimenti o Uffici di questo Istituto, oltre che i corsi ECM eventualmente fruiti dal personale in coerenza con le competenze delle strutture di appartenenza, ai fini del completamento delle 40 ore di formazione.

In tale logica anche in attuazione della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025, l'Ente intende avviare, nel corso del triennio di riferimento, un progetto sperimentale di formazione finalizzato allo sviluppo delle competenze trasversali del personale. Il modello, basato su un'esperienza formativa ISS già realizzata con ricadute operative immediate sui territori, integra analisi dei fabbisogni, percorsi formativi e Project Work orientati all'impatto. L'iniziativa mira a superare una logica adempimentale della formazione, valorizzando le competenze interne e orientando lo sviluppo del capitale umano alla produzione di valore pubblico.

Per rispondere alle peculiari esigenze formative proprie del personale dell'Ente, con particolare riferimento al personale tecnico scientifico che si connota per una spiccata eterogeneità di competenze e conseguentemente di esigenze formative specifiche anche in ragione della molteplicità di ambiti in

cui si sviluppano le attività scientifiche dell'Ente, la formazione potrà essere integrata anche mediante la partecipazione ad eventi formativi quali, a titolo meramente esemplificativo, seminari, convegni, congressi organizzati dalle diverse strutture dell'Ente e/o Enti o Istituzioni nazionali o internazionali operanti nell'ambito della ricerca pubblica, purché la partecipazione agli stessi sia concordata con il Direttore della struttura di afferenza, sia rendicontata all'Ufficio Reclutamento borse di studio e formazione per il tramite del referente della formazione individuato per ciascuna struttura, sia coerente con le competenze professionali utili all'attività lavorativa espletata, e che al termine degli eventi formativi predetti venga rilasciato un attestato con indicazione delle ore di formazione fruite.

L'Ente, per quel che concerne il personale tecnico scientifico si riserva di effettuare un ulteriore approfondimento sul tema della formazione con i competenti interlocutori istituzionali.

Chiaramente anche la formazione c.d. obbligatoria concorrerà al raggiungimento dell'obiettivo formativo.

Nell'ambito della formazione obbligatoria, sono ricomprese le attività formative per le quali esiste un obbligo normativo, con particolare riguardo alla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro e alla prevenzione della corruzione e trasparenza.

In merito alla prima anche per il 2026 sarà il Servizio prevenzione e protezione dei lavoratori che tratterà le necessità formative in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, sia generali che specifiche, provvedendo ad organizzare corsi di formazione necessari.

Dell'organizzazione di tali attività il Servizio prevenzione e protezione dei lavoratori terrà costantemente informato l'Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione anche al fine della rendicontazione di tali attività formative.

Per quanto concerne il tema della protezione dei dati personali, resta ferma l'intenzione dell'Istituto realizzare, nel corso del triennio di riferimento del presente PIAO, una formazione volta a rafforzare la cultura della sicurezza delle informazioni e a sensibilizzare il personale medesimo sulla necessità di adottare comportamenti "virtuosi" anche in relazione al lavoro svolto da remoto.

Su iniziativa del Responsabile per la protezione dei dati (c.d. *Data Protection Officer* o DPO), saranno pertanto enucleati gli argomenti da affrontare, la durata delle attività formative e le priorità tra i soggetti da formare e sarà proposto l'ente formatore. Complementare a tale formazione rimane la fruizione del percorso formativo Syllabus – in ambito transizione digitale-competenze digitali – area di competenza Sicurezza.

Per quanto concerne la formazione in materia di anticorruzione e trasparenza si richiama integralmente a quanto espressamente dettagliato dall'RPCT nella specifica sezione del PIAO.

Per quel che riguarda la formazione sui principi e valori della PA, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) intende avvalersi dei percorsi formativi presenti sulla piattaforma Syllabus che continueranno ad essere promossi tra il personale dell'Ente, inoltre lo stesso CUG organizzerà corsi interni per la diffusione della parità di genere, contrasto alla violenza di genere e sul ruolo della Consiglieria di fiducia e del CUG.

Per quanto concerne la formazione specifica, l'Istituto si rivolgerà alla Scuola Nazionale dell'Amministrazione e agli enti/soggetti esterni di formazione, competenti per la singola area tematica di interesse, nella prospettiva dell'accrescimento professionale individuale del personale (già altamente professionalizzato), ferma restando la possibilità di sviluppare percorsi formativi con risorse interne all'Ente.

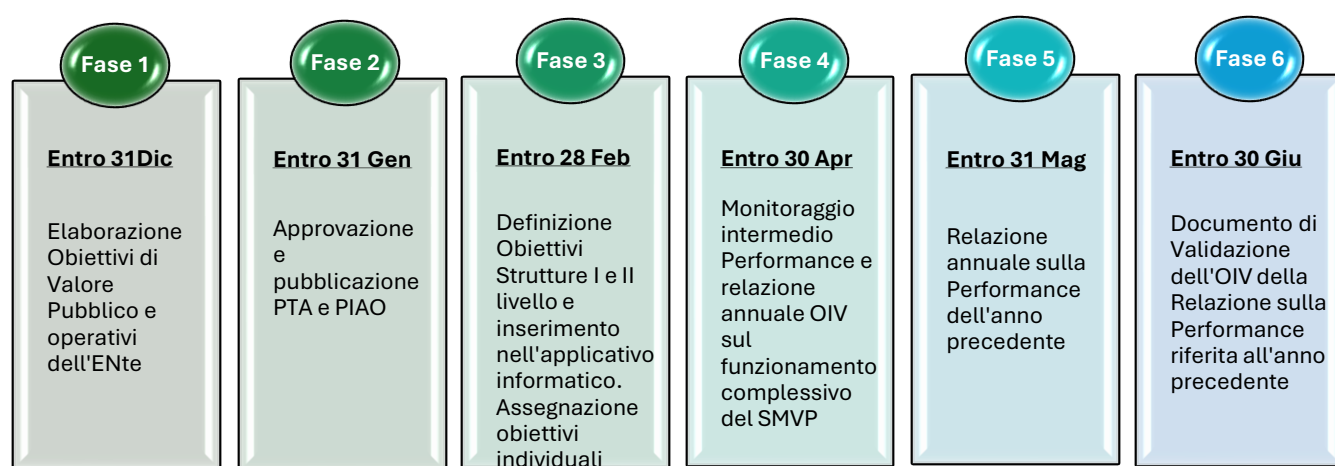
Per quel che concerne le strutture tecnico-scientifiche dell'Ente le esigenze formative a carattere specialistico dovranno essere rappresentate dai rispettivi Direttori di Struttura con espressa e specifica richiesta che verrà sottoposta ad autorizzazione/nulla osta all'impiego dei fondi, da parte dei Direttori Centrali dell'Ente.

Da ultimo, appare utile segnalare che l'Istituto sta partecipando al tavolo di lavoro CODIGER in tema di formazione presso gli EPR, il quale è concentrato sulla esigenza di addivenire a proposte di formazione che siano adeguate alle specificità degli enti pubblici di ricerca. Sarà dato opportuno risalto a ogni evoluzione sul tema in sede di aggiornamento del presente documento.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

L'andamento della performance dell'Ente è oggetto di un monitoraggio periodico che consente di disporre in modo tempestivo di informazioni sul livello di raggiungimento degli obiettivi programmati, elemento essenziale per assicurare il contributo complessivo dell'Istituto al conseguimento degli obiettivi strategici e alla generazione di valore pubblico. Attraverso questa attività, infatti, è possibile comprendere in che misura ciascuna struttura partecipi al perseguimento degli obiettivi di performance e al valore pubblico atteso, permettendo al tempo stesso di rilevare prontamente eventuali scostamenti tra i risultati pianificati e quelli effettivamente conseguiti. Tale riscontro continuo favorisce l'emersione di eventuali criticità e supporta l'adozione di azioni correttive, sia rispetto ad aspetti quantitativi che qualitativi, contribuendo al miglioramento progressivo dell'azione amministrativa. Il processo di monitoraggio, che coinvolge direttamente le strutture organizzative dell'Ente, si articola secondo tempistiche definite e integrate nel ciclo di programmazione e rendicontazione della performance, come rappresentato graficamente di seguito.



Dopo la prima fase, nella quale vengono definiti gli obiettivi di valore pubblico dell'Ente e gli obiettivi annuali ad essi collegati, segue il conferimento degli stessi a tutte le strutture dell'Istituto. A partire dal primo trimestre dell'anno, ciascuna struttura inserisce i propri obiettivi nell'applicativo

informatico di gestione della performance, collegandoli agli obiettivi di valore pubblico. Le strutture di II livello (reparti e uffici amministrativi) definiscono inoltre il proprio contributo agli obiettivi delle strutture di I livello di appartenenza (dipartimenti, centri nazionali, centri di riferimento, organismo notificato, servizi tecnico-scientifici, direzioni centrali e servizi della Presidenza).

Entro il primo quadrimestre dell'anno viene svolto il monitoraggio intermedio, che consente di intercettare tempestivamente eventuali criticità e di intervenire prima che gli scostamenti diventino significativi. L'analisi del divario tra risultati pianificati e risultati raggiunti si basa sugli indicatori e sui target definiti in fase di programmazione. Già dal primo trimestre, infatti, si procede alla raccolta preliminare dei dati necessari attraverso l'interrogazione di database interni specifici e, ove disponibili, di documenti ufficiali prodotti dalle strutture. I dati vengono poi organizzati e verificati per garantirne coerenza, completezza e integrità, così da costituire una base affidabile per le successive analisi.

A partire dal 2026, nell'ambito del rafforzamento dell'integrazione tra il ciclo della performance e il sistema di prevenzione della corruzione, il monitoraggio degli obiettivi sarà ulteriormente arricchito attraverso una ricognizione sistematica che, per ciascun obiettivo organizzativo di struttura, consenta di individuare e descrivere i processi operativi concretamente attivati per il suo raggiungimento. In tale contesto, per ogni obiettivo saranno indicati i processi rilevanti già censiti nella piattaforma anticorruzione dell'Istituto, avendo così l'associazione per ciascuno di essi del livello di rischio (alto, medio o basso) e delle misure di prevenzione e mitigazione adottate. Questo approccio consentirà di disporre, per ogni obiettivo di performance, di una rappresentazione integrata che colleghi in modo esplicito risultati attesi, modalità operative, profili di rischio e misure di controllo, rafforzando la dimensione qualitativa del monitoraggio e la coerenza complessiva dell'azione amministrativa.

Completata la raccolta, si procede al calcolo degli indicatori associati a ciascun obiettivo, ottenendo una fotografia aggiornata dello stato di avanzamento della performance dell'Ente. Nel caso emergano scostamenti significativi rispetto ai target previsti, le strutture responsabili collaborano per analizzare le cause delle criticità, che possono essere di natura organizzativa, procedurale o dipendere da fattori esterni non controllabili dall'Ente. Questa fase prevede confronti diretti e integrazioni documentali che consentono di approfondire la situazione e comprendere gli elementi che influenzano i risultati.

Al termine delle analisi, i risultati preliminari del monitoraggio vengono validati attraverso una verifica della correttezza dei dati utilizzati e della coerenza tra i risultati conseguiti e gli indicatori di riferimento, assicurando l'allineamento con gli obiettivi di valore pubblico e con gli obiettivi operativi definiti a inizio anno.

Qualora il monitoraggio evidenzi criticità rilevanti, si procede all'attuazione di azioni correttive mirate, quali la revisione delle modalità operative, il riallineamento delle risorse o l'aggiornamento delle tempistiche di realizzazione. L'adozione tempestiva di tali misure contribuisce ad assicurare l'efficacia dell'azione amministrativa e la piena attuazione della missione istituzionale.

I risultati del monitoraggio intermedio vengono sintetizzati in un report sottoposto alla dirigenza e presentato all'OIV entro il 30 aprile. Successivamente, entro il 31 maggio dell'anno successivo, le strutture rendicontano i propri obiettivi sulla piattaforma informatica, consentendo la rendicontazione complessiva degli obiettivi di performance e la successiva validazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla Performance entro il 30 giugno.

Al fine di rendere ancora più efficiente il processo di monitoraggio, risulta strategico lo sviluppo di sistemi informativi integrati e automatizzati, in grado di rappresentare in ogni momento l'andamento della performance dell'Ente e delle singole strutture. Attraverso tali sistemi, eventuali criticità potrebbero essere intercettate in tempo reale e restituite in report sintetici utili alla dirigenza per assumere decisioni tempestive e informate.

In tale prospettiva, l'Istituto intende proseguire nel percorso di integrazione degli applicativi interni dedicati al monitoraggio degli obiettivi di performance e degli obiettivi di anticorruzione, con l'obiettivo di ottimizzare ulteriormente il processo, garantendo trasparenza, efficienza e responsabilità nell'azione istituzionale.

4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

MONITORAGGIO E RIESAME

Il monitoraggio ed il riesame periodico costituiscono due fasi fondamentali 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 al fine di consentire di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

IL RIESAME

L'attività di riesame periodico è il momento in cui dover riesaminare la funzionalità del ciclo di gestione del rischio nel suo complesso e i risultati ottenuti al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente proporre di nuovi.

In questa fase è possibile poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame viene svolto annualmente, alla ripartenza di ogni ciclo. E' un lavoro congiunto tra RPCT e Referenti Anticorruzione. Sono previsti, anche per l'annualità 2026, *audit* specifici.

MONITORAGGIO DELLE MISURE GENERALI

Durante il periodo di vigenza del presente Piano, sarà garantito il monitoraggio delle misure generali anticorruzione.

I Referenti degli Uffici Amministrativi, responsabili dell'applicazione delle misure generali indicate nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, dovranno relazionare ogni sei mesi sull'effettiva applicazione delle misure. Inoltre, dovranno segnalare eventuali problematiche riscontrate e, ove necessario, proporre soluzioni alternative e/o migliorative.

Nel corso dell'annualità 2025, lo stato di programmazione e attuazione delle misure generali è sintetizzato nella seguente tabella:

Misure generali	Pianificata	Attuata
Codice di comportamento	Si	Si
Rotazione ordinaria del personale	Si	No
Rotazione straordinaria del personale	No	No
Inconferibilità – incompatibilità – conflitto di interessi	Si	Si
Incarichi extraistituzionali	Si	Si

Whistleblowing	Si	Si
Formazione	Si	Si
Trasparenza	Si	Si
Svolgimento attività successiva cessazione lavoro – pantouflage	Si	Si
Commissioni e conferimento incarichi in caso di condanna	Si	Si
Patti di integrità	Si	Si
Rapporti con portatori di interessi particolari	No	No

MONITORAGGIO DELLE MISURE SPECIFICHE

Il processo di gestione del rischio è strutturato per garantire un flusso continuo di informazioni e riscontri, secondo il principio del miglioramento progressivo e continuo. Il monitoraggio consente di consolidare tale miglioramento, assicurando il coinvolgimento attivo di tutte le parti interessate.

In ISS, il monitoraggio delle misure specifiche di contenimento si svolge tramite una piattaforma informatica e si articola in due momenti principali:

- monitoraggio di primo livello: effettuato in autovalutazione dai Referenti delle Strutture chiamate ad adottare le misure. Questa fase si svolge solitamente nei mesi di ottobre e novembre di ogni anno, con un'analisi preliminare a cura della singola Struttura;
- monitoraggio di secondo livello: realizzato dal RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto.

Questa fase verifica l'effettiva applicazione delle misure di contenimento proposte e valutate come applicate nella fase di autoanalisi. Il monitoraggio di secondo livello avviene generalmente nel mese di dicembre.

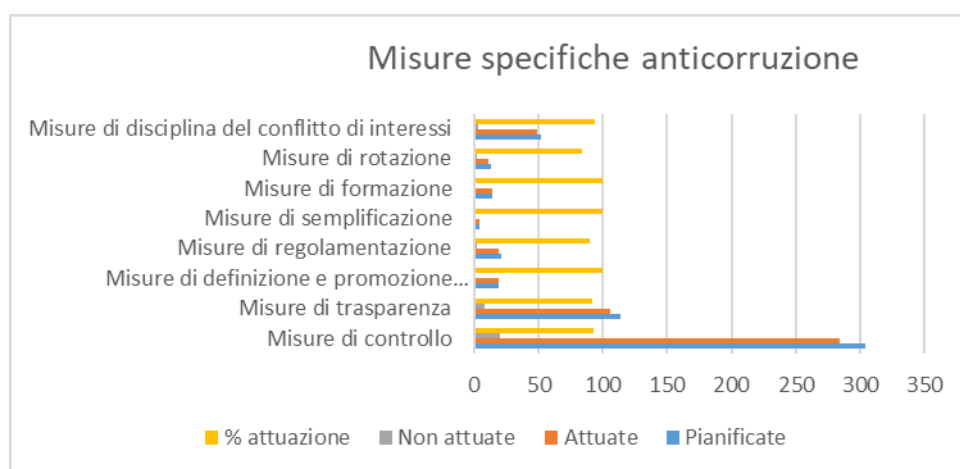
Le risultanze del monitoraggio saranno la base di partenza per la programmazione del triennio successivo.

Nel mese di novembre 2025, le Strutture dell'ISS sono state invitate a svolgere il monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure di contenimento individuate.

Le Strutture hanno inserito i dati nella piattaforma informatica, fornendo la rendicontazione sull'applicazione delle misure o, in caso di mancata attuazione, le relative motivazioni.

Le risultanze di tale monitoraggio sono illustrate nel dettaglio nell'ALLEGATO 1 al PIAO 2026-28 e sintetizzate nelle seguenti tabelle:

Ambito	Pianificate	Attuate	Non attuate	% attuazione
Misure di controllo	304	284	20	93
Misure di trasparenza	114	106	8	92
Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	19	19	0	100
Misure di regolamentazione	21	19	2	90
Misure di semplificazione	4	4	0	100
Misure di formazione	14	14	0	100
Misure di rotazione	13	11	2	84
Misure di disciplina del conflitto di interessi	52	49	3	94
TOTALI	541	506	35	93



Successivamente, il RPCT ha effettuato il monitoraggio di secondo livello, adottando il metodo del c.d. “campionamento ragionato” (all. 1 al PNA 2019).

Per ogni Struttura, è stata analizzata una fase di processo nella quale era prevista la misura di contenimento della “*dichiarazione firmata di assenza del conflitto di interessi*”.

Per questa fase specifica, è stata richiesta documentazione a supporto, attestante l’effettiva applicazione della misura. Tutte le Strutture interessate hanno provveduto a fornire la documentazione attestante l’effettiva attuazione della misura di contenimento.

Le risultanze del monitoraggio sono state inserite all’interno nella Piattaforma di acquisizione Piani dell’Autorità Nazionale Anticorruzione e delle stesse si è dato conto nella Relazione Annuale del RPCT.

SEZIONE 5 PIANO TRIENNALE AZIONI POSITIVE

5.1 PREMESSA

Con Decreto del Direttore Generale n. 14/2024 del 7 marzo 2024, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha rinnovato il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni per il periodo 2024-2027. Il CUG si è insediato il 9 maggio 2024, in conformità alla normativa vigente e alle Linee guida della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 e successivamente aggiornate in data 26.06.2019 [Direttiva 2019].

Il quadro normativo assegna alle amministrazioni pubbliche il compito di promuovere le pari opportunità, il benessere lavorativo e la rimozione delle discriminazioni, attribuendo al CUG una funzione propositiva, consultiva e di monitoraggio. In tale ambito, il CUG è responsabile della predisposizione del Piano Triennale di Azioni Positive (PTAP), un documento di programmazione con cui il CUG propone all'amministrazione, per il triennio di riferimento, interventi finalizzati a promuovere le pari opportunità, il benessere e la sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché a prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione, violenza, mobbing e disagio organizzativo. Il PTAP costituisce uno strumento di programmazione dell'amministrazione nel suo complesso. Il CUG svolge un ruolo di proposta, consulenza e monitoraggio, formulando pareri e raccomandazioni, mentre la responsabilità dell'attuazione delle singole azioni è attribuita alle strutture competenti dell'amministrazione, in coerenza con le rispettive funzioni. A partire dal 2021 il PTAP è confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che definisce obiettivi e strumenti delle azioni positive, lasciando alle amministrazioni la possibilità di adattarli al proprio contesto organizzativo.

In coerenza con le Linee Guida sulla "Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni", del Dipartimento Funzione Pubblica e Dipartimento Pari Opportunità, 2022, il PTAP deve seguire cinque principi guida: prevenzione e rimozione delle discriminazioni; politiche di reclutamento e gestione del personale; organizzazione del lavoro; formazione e diffusione del modello culturale; rafforzamento dei Comitati unici di garanzia.

5.2 PROPOSTE DEL CUG

Per rispondere ai suddetti principi guida e allinearsi al quadro normativo di riferimento, per il triennio a venire il CUG propone sette Aree di intervento:

1. Valorizzazione di tutte le diversità e prevenzione e rimozione delle discriminazioni;
2. Politiche di reclutamento e promozione e cultura della leadership al femminile;
3. Benessere organizzativo;
4. Formazione e diffusione del modello culturale;
5. Rafforzamento del ruolo del CUG
6. Supporto alla dirigenza ISS nell'attuazione delle azioni;
7. Prevenzione e superamento della violenza di genere.

Per ciascuna Area sono definiti obiettivi e azioni, in parte già avviati nei precedenti PTAP e riorganizzati nel nuovo impianto, in parte nuovi. Ove possibile, le proposte si fondano su analisi dei dati e attività di monitoraggio, finalizzate all'individuazione e alla rimozione di discriminazioni dirette e indirette.

L'attuazione del PTAP potrebbe richiedere la disponibilità di specifiche risorse economiche, umane e logistiche (ad esempio risorse informatiche, risorse per la formazione) da concordare con l'amministrazione. In particolare, per il triennio 2026-2028 si propone:

1. contratto per la consiglieria di fiducia 5000 € per ogni anno;
2. contratto per lo sportello di ascolto 5000 € ogni anno;
3. contratto con Centro Antiviolenza (CAV) Sapienza Università di Roma;
4. spese varie per organizzazione eventi 1500 € per ogni anno.

Dal 2021 l'ISS ha adottato il Gender Equality Plan (GEP), un documento triennale a scorrimento richiesto per l'accesso ai finanziamenti del programma Horizon Europe. Il GEP individua azioni volte a promuovere la parità di genere e le pari opportunità, in particolare nella ricerca e nelle carriere. Il CUG contribuisce alla sua elaborazione e ne monitora l'attuazione. Alcune azioni del GEP confluiscono nel PTAP, che ha tuttavia un ambito più ampio, orientato alla promozione di un ambiente di lavoro equo e inclusivo per tutto il personale, a prescindere dalle caratteristiche personali.

AREA DI INTERVENTO 1. VALORIZZAZIONE DI TUTTE LE DIVERSITÀ E PREVENZIONE E RIMOZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI

Obiettivo 1.1. Formazione e sensibilizzazione verso le diversità

L'obiettivo è favorire una cultura organizzativa rispettosa, inclusiva e accogliente, come strumento di prevenzione delle discriminazioni e di miglioramento delle pratiche di gestione del personale. A

questo scopo si propone la promozione di percorsi formativi rivolti al personale e alla dirigenza, finalizzati alla valorizzazione delle diversità nei contesti di lavoro e alla promozione del rispetto reciproco. Gli incontri dovrebbero valorizzare non solo il valore etico dell'inclusione, ma soprattutto creare la consapevolezza che unire le diverse esperienze e prospettive può arricchire il processo decisionale e stimolare l'innovazione. Inoltre, il CUG promuove un evento l'anno il 3 dicembre, Giornata mondiale delle persone con disabilità.

Obiettivo 1.2. Introduzione del responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità (Disability manager)

Dal 2024 il responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità è diventato obbligatorio in tutte le Pubbliche Amministrazioni elencate all'art.1, c.2, del DL.vo 165/2001 s.m.i. Questa figura è volta a garantire una piena e qualificata integrazione lavorativa. Tale ruolo contribuisce alla creazione di un ambiente di lavoro inclusivo, equo e privo di discriminazioni, assicurando pari opportunità nell'accesso al lavoro, nelle condizioni lavorative, nella formazione, nelle progressioni di carriera e nella sicurezza. L'ISS sta attivando la procedura di nomina di questa figura.

Obiettivo 1.3. Introduzione del Responsabile per la promozione di un ambiente di lavoro inclusivo, equo e rispettoso della diversità (Diversity management)

Molti Enti di Ricerca si sono dotati di una struttura di Diversity Management, che può assumere la forma di un ufficio dedicato, di una figura di riferimento o di una rete di collaborazione inter-ente. Il Diversity Management DM comprende l'insieme di politiche e pratiche organizzative volte a valorizzare le differenze individuali di genere, età, provenienza, orientamento, abilità e cultura, quali leve strategiche per il miglioramento delle performance organizzative e per la promozione di ambienti di lavoro inclusivi, equi e rispettosi, capaci di garantire la piena partecipazione del personale allo sviluppo scientifico e istituzionale dell'Ente. Sul piano dell'organizzazione, il DM assicura il coordinamento e l'integrazione delle politiche di inclusione, benessere organizzativo e pari opportunità, rafforzando la qualità dell'azione amministrativa e il rispetto dei principi di equità, trasparenza e imparzialità. In tale contesto, una struttura di Diversity Management si configurerebbe come interlocutore tecnico-organizzativo stabile del CUG e il raccordo operativo tra le due strutture faciliterebbe le analisi di fattibilità delle misure previste dal PTAP, nonché la loro attuazione e il monitoraggio.

Obiettivo 1.4. Favorire l'inclusione lavorativa e sociale all'interno dell'Organizzazione

L'obiettivo è migliorare la qualità della vita lavorativa e relazionale del personale, garantendo strumenti e spazi adeguati allo svolgimento delle attività e promuovendo politiche di supporto al reinserimento lavorativo dopo periodi di assenza, in un'ottica di benessere organizzativo e inclusione.

AREA DI INTERVENTO 2. POLITICHE DI RECLUTAMENTO E PROMOZIONE, CULTURA DELLA LEADERSHIP AL FEMMINILE

Obiettivo 2.1. Identificare e rimuovere le barriere sistemiche nelle procedure per il reclutamento e la promozione del personale

La [Direttiva 2019] e il [DL.vo 2023] raccomandano di garantire il rispetto del principio di pari opportunità nelle procedure di reclutamento e promozione del personale, non solo attraverso il rispetto della normativa vigente in materia di composizione delle commissioni di concorso, ma anche attraverso una maggiore attenzione alle barriere sistemiche e ai pregiudizi impliciti. In linea con le linee guida nazionali, si prevede la formazione del personale coinvolto nei processi di reclutamento e il supporto alle commissioni esaminatrici, promuovendo una composizione e un operato sensibili ai temi dell'inclusione e della parità di genere. In tale ambito, il CUG, in collaborazione con l'Ufficio Reclutamento, sta predisponendo indicazioni operative per il riconoscimento dei *bias* inconsci, destinate ai membri delle commissioni.

Obiettivo 2.2. Favorire la diffusione della cultura della leadership al femminile e la promozione della parità nei ruoli apicali

La parità di genere nei ruoli apicali è riconosciuto essere il primo passo per un cambiamento culturale, pur riconoscendo che le azioni a favore della parità non devono alterare la competizione meritocratica. La [Direttiva 2019] e il [DL.vo 2023] raccomandano di osservare il principio di pari opportunità anche nei criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali e di monitorare e favorire iniziative per gli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi e nell'organizzazione degli uffici e per la gestione dei rapporti di lavoro. Tenuto conto che sebbene l'ISS abbia una popolazione femminile con un fattore circa due volte più alto di quella maschile, tale dato letto in termini percentuali è invertito, facendo supporre una situazione di "glass ceiling" o "sticky floor" per la progressione nelle carriere dirigenziali per il personale femminile. Per superare questa situazione, il CUG promuove, in collaborazione con l'Ufficio Formazione, iniziative di sensibilizzazione e percorsi formativi finalizzati allo sviluppo della leadership e alla riduzione dei divari. Inoltre, il CUG promuove ogni anno un evento in occasione della giornata delle Donne e le ragazze nelle discipline STEM (11 febbraio).

AREA DI INTERVENTO 3. BENESSERE ORGANIZZATIVO

Obiettivo 3.1. Promuovere la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro in chiave non discriminatoria

L'obiettivo delle azioni proposte è quello di favorire l'implementazione delle modalità di lavoro agile e degli strumenti di flessibilità lavorativa a tutela di tutto il personale, tenuto conto delle fragilità sia di salute che sociali (carichi familiari gravosi, ecc.), in un'ottica non discriminatoria.

Obiettivo 3.2. Supporto alla genitorialità per tutti i genitori

L'obiettivo è rafforzare il supporto alla genitorialità attraverso misure di flessibilità lavorativa per chi ha responsabilità di cura, nonché valutare possibili forme di agevolazione economica per servizi educativi e ricreativi in prossimità dei luoghi di lavoro. È inoltre prevista una raccolta sistematica di dati, disaggregati per tipologia di esigenza e carico di cura, relativi all'utilizzo degli strumenti di conciliazione: situazioni di fragilità, dei carichi genitoriali e/o di cura (telelavoro, smart working, congedi parentali per madri e padri, congedi Legge 104 per situazioni di fragilità e per carico di cura).

Obiettivo 3.3. Creazione dello Sportello d'ascolto

Nel 2020 l'ISS si è dotato della figura della consigliera di fiducia, figura indipendente e imparziale, nominata dall'amministrazione, con il ruolo di prevenire e contrastare discriminazioni, molestie, mobbing e comportamenti lesivi della dignità personale e professionale, ascoltare e supportare chi ritiene di aver subito situazioni inappropriate sul luogo di lavoro, fornire orientamento informale e riservato sulle possibili azioni da intraprendere, favorire, quando possibile, soluzioni non conflittuali (mediazione, segnalazioni informali). L'obiettivo è ora ampliare i servizi di supporto al personale mediante l'istituzione di uno sportello di ascolto e supporto psicologico, gestito da figure professionali qualificate. Lo sportello offrirà uno spazio riservato per l'ascolto di situazioni di disagio personale o lavorativo, favorendo il benessere psicologico e l'emersione precoce di condizioni di stress e sofferenza.

Obiettivo 3.4 indagini sul clima interno

Tra i compiti del CUG rientra quello di svolgere indagini per la valutazione del clima interno e delle possibili fonti di disagio lavorativo al fine di individuare interventi migliorativi. In particolare, all'interno della Rete dei CUG degli Enti Pubblici di Ricerca è in fase di progettazione un questionario sul benessere organizzativo che permetta sia di raccogliere dati nei contesti specifici, sia di confrontarli tra Enti attraverso dati aggregati.

AREA DI INTERVENTO 4. FORMAZIONE E DIFFUSIONE DEL MODELLO CULTURALE

Obiettivo 4.1. Sensibilizzare il personale su pari opportunità, cultura del rispetto, contrasto alla violenza di genere e inclusione

La Direttiva 2019 sottolinea l'importanza di percorsi formativi che coinvolgano tutto il personale, inclusi i dirigenti amministrativi e tecnico-scientifici, a partire dalle posizioni apicali che sono chiamate a guidare il cambiamento culturale. Questi percorsi comprendono corsi promossi o organizzati dall'Amministrazione e dal CUG ai quali si affiancano numerosi eventi e iniziative promossi dal personale di ricerca, in linea con la missione dell'ente su temi di salute e benessere. Inoltre, la sensibilizzazione passa anche da un migliore accesso ai documenti elaborati dall'ISS in materia di parità di genere (per esempio il codice di comportamento, l'uso del linguaggio inclusivo e rispettoso, il gender equality plan) e ai dati che annualmente sono elaborati in forma disaggregata per genere. A tal fine si promuove lo sviluppo di spazi, strumenti visivi e di ricerca per l'accesso ai dati, alle informazioni e documentazione utili al personale.

Obiettivo 4.2. Migliorare la comunicazione interna e il senso di appartenenza all'Ente

L'obiettivo è rafforzare il senso di appartenenza del personale attraverso una comunicazione interna più efficace e trasparente tra gli organi/uffici e il personale. Questo obiettivo può essere raggiunto per esempio attraverso modalità che assicurino risposte puntuali e di qualità alle richieste poste dal personale e tramite la formazione del personale per migliorare l'efficacia nella formulazione delle domande.

AREA DI INTERVENTO 5. RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEL CUG

Obiettivo 5.1. Rafforzare il ruolo del CUG: far conoscere le attività e favorire la formazione dei membri

L'obiettivo è rendere più riconoscibile il ruolo del CUG e diffondere la conoscenza delle sue attività presso il personale ISS. A questo scopo è stata creata una sezione sulla pagina intranet dell'ISS, oltre alla pagina sul sito ufficiale dell'ISS, nella quale sono descritte le attività del CUG sia condotte autonomamente che in collaborazione con l'Amministrazione, oltre a informazioni sulla normativa e su altre iniziative. Si continuerà ad aggiornare i contenuti.

Il rafforzamento del ruolo del CUG è inoltre sostenuto dalla formazione continua dei suoi componenti, attraverso corsi e seminari dedicati alle materie di competenza.

Obiettivo 5.2. Collaborazioni e networking

Il CUG mantiene una collaborazione stabile e strutturata con le componenti dell'Amministrazione più direttamente collegate alle tematiche del CUG (Direttore Generale, Direzione per le risorse

economiche, Direzione per gli Affari Generali, Ufficio Formazione).

Inoltre, mantiene rapporti stabili con gli organismi esterni di rilievo (Consigliere di parità, Rete dei CUG degli Enti pubblici di ricerca, Forum dei CUG della PA, gruppi di lavoro della Rete dei CUG) finalizzati allo scambio di buone pratiche, all'aggiornamento continuo e alla realizzazione di iniziative condivise.

AREA DI INTERVENTO 6. SUPPORTO ALLA DIRIGENZA ISS NELL'ATTUAZIONE DELLE AZIONI

Obiettivo 6.1. Garantire il ruolo consultivo del CUG

Il CUG ha compiti consultivi e garantisce la formulazione di pareri su: progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza; piani di formazione del personale; orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione; criteri di valutazione del personale, contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze [Direttiva 2019].

Inoltre, secondo le Linee Guida sulla parità di genere [LG 2022], l'attuazione del PTAP e gli obiettivi di uguaglianza di genere nel pubblico impiego possono essere realizzati solo se a tutti gli attori istituzionali rilevanti vengono assegnate responsabilità chiare e risorse adeguate ad attuare il cambiamento, distinguendo tra le figure apicali che sono responsabili delle decisioni in linea con l'indirizzo politico e i soggetti attuatori che sono incaricati della preparazione delle misure e del monitoraggio dei risultati. Il CUG opera in piena sinergia con tutti gli organismi interni per l'attuazione delle misure.

Il CUG partecipa inoltre alle attività di autovalutazione dell'efficacia delle politiche messe in atto per le pari opportunità, anche attraverso strumenti di analisi e checklist di priorità, così come raccomandato dalle Linee Guida sulla parità di genere [LG 2022].

Obiettivo 6.2. Rafforzare l'uso di dati disaggregati per genere per operare scelte informate e definire priorità

La raccolta e l'analisi sistematica di dati disaggregati per genere costituiscono una base essenziale per definire priorità e orientare decisioni orientate. L'azione prevede l'analisi dei dati già raccolti obbligatoriamente per la relazione annuale del CUG, integrandoli con ulteriori dati rilevanti per il contesto ISS. Inoltre, in coerenza con le Linee guida 2022, si propone la realizzazione, nella sezione Amministrazione trasparente, di uno spazio informativo dedicato, comprensivo di indicatori aggiornati e cruscotti di benchmark in formato interoperabile e indicizzabile.

Obiettivo 6.3. Redigere il Bilancio di genere

Il Bilancio di genere è uno strumento che consente di rendere evidente l’allocazione delle risorse di bilancio e di valutarne l’impatto su donne e uomini, favorendo l’equità di genere. Sebbene non esista una norma che ne imponga esplicitamente l’adozione alle pubbliche amministrazioni, il suo carattere obbligatorio emerge da diverse disposizioni normative, come indicato anche dalla CRUI [LGCRUI 2019]: il [DPCM 2017] richiama infatti la necessità di redigere il Bilancio di genere e ne auspica la diffusione come pratica consolidata di rendicontazione sociale. Inoltre, il Bilancio di genere costituisce un contenuto obbligatorio della Relazione sulla Performance, rendendone di fatto necessaria la redazione. Il Bilancio di genere prevede la classificazione delle spese in neutrali, sensibili al genere e finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze di genere, permettendo così un’analisi mirata delle azioni da intraprendere per la parità di genere. A tal fine, si propone la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, supportato da un percorso formativo specifico erogato da esperti.

AREA DI INTERVENTO 7. PREVENZIONE E SUPERAMENTO DELLA VIOLENZA DI GENERE

Obiettivo 7.1. Promuovere una maggiore consapevolezza su ogni forma di discriminazione, molestia e violenza di genere

Le LG 2022 e la Direttiva MPA 2023 individuano tra gli obiettivi per eradicare il fenomeno della violenza di genere azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte al personale nelle Pubbliche Amministrazioni. A tal fine il Dipartimento della funzione pubblica ha attivato sulla piattaforma Syllabus due corsi di autoformazione “RIFORMA Mentis” e “La cultura del rispetto: la diversità di genere come valore all’interno della Pubblica Amministrazione”. Il primo corso ha l’obiettivo di innalzare la consapevolezza del personale sul tema delle molestie di genere; il secondo corso è volto a sensibilizzare il personale sul rispetto e la valorizzazione delle diversità di genere, per creare un luogo di lavoro improntato alla cultura delle pari opportunità. Inoltre, promuove almeno un evento l’anno, in occasione del 25 novembre, sul tema della violenza di genere, autonomamente o in collaborazione con altri Enti di Ricerca.

Obiettivo 7.2. Sensibilizzazione sull’uso di un linguaggio non sessista, inclusivo e rispettoso del genere e su buone prassi comunicative

L’obiettivo è diffondere buone prassi comunicative fondate su un linguaggio non sessista, inclusivo e rispettoso delle identità di genere, quale strumento di prevenzione di stereotipi e discriminazioni. In tale ambito, il CUG promuove l’applicazione delle Raccomandazioni sull’uso del linguaggio inclusivo promosse dal CUG [ISS 2023] e adottate dall’ISS e ne monitora l’attuazione nelle comunicazioni istituzionali e propone azioni mirate, quali ad esempio l’uso ampio del termine “ricercatrice” nei documenti ufficiali.

Obiettivo 7.3. Convenzione con Centro Antiviolenza

Il CUG contribuisce alla prevenzione e all'emersione di situazioni di disagio legate a discriminazioni, molestie e violenze, svolgendo una funzione di ascolto, orientamento e raccordo con l'Amministrazione. A supporto delle persone coinvolte, si propone l'attivazione di una convenzione con un Centro antiviolenza, al fine di garantire adeguate forme di tutela anche nei casi di violenza subita al di fuori del contesto lavorativo.

Documenti di riferimento

- [Direttiva 2019] Direttiva 2/2019, Ministro della Pubblica Amministrazione e Sottosegretario delegato alle pari opportunità. Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche (GU Serie Generale n.184 del 07-08-2019). Aggiornamento delle Linee guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" del 4 marzo 2011, emanate di concerto dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e dal Ministro per le Pari Opportunità.
- [DL 2013] legge sul lavoro n. 99 del 9 agosto 2013, in recepimento alla Direttiva 2000/78/CE che vieta le discriminazioni basate sulla religione, l'età, la disabilità e l'orientamento sessuale.
- [DL 2021] Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80. "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" (21G00093) (GU n.136 del 9-6-2021)
- [DL.vo 2001] Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.
- [DL.vo 2011] DLGS 12 ottobre 2011 Attuazione della direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica.
- [DL.vo 2023] Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222. "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità", in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e) della legge 22 dicembre 2021, n. 227.
- [DM 2022] Decreto 30 giugno 2022, n. 132. "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" (22G00147) (GU Serie Generale n.209 del 07-09-2022).
- [DPCM 2007] Direttiva 23 maggio 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica – "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle pubbliche amministrazioni". GU Serie Generale n.173 del 27-07-2007.
- [DPCM 2017] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 giugno 2017. Metodologia generale del bilancio di genere ai fini della rendicontazione, tenuto conto anche delle esperienze già maturate nei bilanci degli Enti territoriali. (17A05165)
- [EC 2013] European Commission: Directorate-General for Research and Innovation "Gendered innovations – How gender analysis contributes to research – Report of the expert group 'Innovation through gender'", Publications Office, 2013.
- [ISS 2023] Gruppo di lavoro per la promozione di un linguaggio rispettoso del genere.

Raccomandazioni per l'uso di un linguaggio ampio e non discriminatorio dell'identità di genere nei documenti, pubblicazioni e comunicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023.

[LG 2022] Linee Guida sulla “Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni”, del Dipartimento Funzione Pubblica e Dipartimento Pari Opportunità, 2022.

[LG CRUI 2019] Linee guida per il Bilancio di Genere negli Atenei italiani a cura del Gruppo CRUI per il Bilancio di Genere. Settembre 2019.

[MPA 2023] Circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione, 23 novembre 2023, su “Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme”.

[OECD 2023] “Toolkit for Mainstreaming and Implementing Gender Equality 2023” OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/3ddef555-en>.

[SN 2021] “Strategia Nazionale per la Parità di Genere” della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità, luglio 2021.

[UNI 2022] UNI/PdR 125:2022. Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performances Indicator - Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle Politiche di parità di genere nelle organizzazioni. Data disponibilità: 16 marzo 2022

Area di intervento 1. Valorizzazione di tutte le diversità e prevenzione e rimozione delle discriminazioni

Obiettivo	Azioni	Figure decisionali/soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
1.1 Formazione e sensibilizzazione verso le diversità	Promozione di percorsi formativi rivolti al personale e alla dirigenza	DG DIRAG CUG	Almeno un evento l'anno il 3 dicembre, Giornata mondiale delle persone con disabilità	Annuale
1.2 Introduzione del responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità (Disability manager)	Individuazione del personale con i requisiti idonei.	DG	Avvio e completamento della procedura di nomina	2026
1.3 Introduzione del Responsabile per la promozione di un ambiente di lavoro inclusivo, equo e rispettoso della diversità (Diversity management)	Valutazione della tipologia di struttura di Diversity management più adatta all'ISS e individuazione delle figure.	DG DIRAG CUG	Avvio e completamento della procedura di nomina del Responsabile o del team	2026
Favorire l'inclusione lavorativa e sociale all'interno dell'Organizzazione delle persone con disabilità permanente o temporanea	Garantire l'accessibilità delle informazioni interne all'Ente, con particolare riguardo a quelle in forma digitale	DG DIRAG DRUE Servizio informatica	Pubblicazione sul sito ISS o CUG delle informazioni su tecnologie e strumenti già disponibili per l'accessibilità.	Annuale
	Proporre l'attuazione di politiche per il reinserimento del personale dopo periodi di assenza dal lavoro (disabilità temporanea)	CUG	Revisione di politiche attuate in altri enti.	2026
	Garantire che i lavoratori e le lavoratrici abbiano a disposizione strumenti e spazi adeguati a svolgere il proprio lavoro	DIRAG DRUE CUG	Prevedere modalità di rivelazione per prevenire o individuare situazioni di disagio ambientale	2027
	Garantire un'efficace integrazione nel lavoro, ai fini di garantire pari trattamento economico e progressioni di carriera	DRAG DRUE	Rilevazioni statistiche sull'accesso agli istituti contrattuali di valorizzazione professionale	Annuale

Area di intervento 2. Politiche di reclutamento e promozione, cultura della leadership al femminile

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
2.1 Identificare ed eliminare le barriere sistemiche nelle procedure per il reclutamento e la promozione del personale	Analisi dei dati disaggregati per discipline e strutture interne per identificare eventuali squilibri di genere e bias nelle procedure di reclutamento e promozione	Ufficio reclutamento del personale CUG	Report sui dati	Annuale
	Valutazione dell'applicabilità in ISS di modelli di bandi per il reclutamento di personale che non producano discriminazioni di genere e che siano utilizzati in altri enti di ricerca.		Report su modelli di bandi utilizzati in istituzioni simili all'ISS (per esempio ISTAT 2024-2026).	2025-2027
	Formazione per le/i commissari e il personale interno addetto al reclutamento sulla presenza e sugli effetti dei bias inconsapevoli.		Attivazione del corso. Percentuale di fruizione del corso. Preparazione di un documento sul tema dei bias inconsapevoli.	2026-2027
2.2 Favorire la diffusione della cultura della leadership al femminile e la promozione della parità nei ruoli apicali	Monitoraggio, con analisi prospettica, dell'attrattività delle posizioni di responsabilità in base al genere, attraverso dati statistici sui candidati ai concorsi per ruoli dirigenziali e i vincitori.	Ufficio reclutamento del personale CUG	Percentuale di candidature di donne sul totale delle potenziali interessate in possesso dei requisiti comparato alla percentuale di candidature di uomini sul totale dei potenziali interessati in possesso dei requisiti.	Annuale
	Sensibilizzazione sull'uso degli strumenti di conciliazione vita-lavoro tra il personale apicale, evitando ghettizzazioni e garantendo assenza di penalizzazioni economiche o di carriera.	CUG	Revisione delle misure per conciliare la flessibilità di lavoro delle posizioni apicali con la produttività già attuate in altri Enti.	2026-2027
	Sensibilizzazione e formazione sull'impatto che l'empowerment e la leadership femminile possono avere sul cambiamento e sull'efficienza dell'Ente.	CUG	Attivazione di un corso o iniziativa, come seminari, workshop o programmi di mentorship.	2026-2027
	Sensibilizzazione sulle pari opportunità nelle discipline STEM	CUG	Organizzazione di un evento all'anno nella Giornata delle Donne e ragazze nelle STEM (11 febbraio)	Annuale

Area di intervento 3. Garantire il benessere organizzativo

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
3.1 Promuovere la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro in chiave non discriminatoria	Garantire il sostegno alle persone in condizione di fragilità, sia di salute che sociale (situazioni anche temporanee di necessità personali o carichi familiari gravosi)	CUG	Monitoraggio sulle procedure di accesso rapido e/o fruizione estesa degli strumenti di flessibilità oraria e/o lavoro da remoto	Annuale
	Garantire al personale l'efficacia della modalità di lavoro da remoto, come strumento organizzativo equivalente alla modalità in presenza		Monitoraggio delle esigenze e fornitura della strumentazione idonea e della formazione e aggiornamento sulla sicurezza da remoto	Annuale
	Promuovere la consapevolezza sullo stress lavoro-correlato		Disponibilità di eventi formativi per aumentare la consapevolezza dello stress lavoro-correlato.	Annuale
	Prevedere nelle aree dell'ISS spazi comuni utilizzabili dal personale come luogo di incontro durante la giornata lavorativa		Proporre la presenza di piccole sale riunioni nei Dip/Centri/Servizi o sui piani con accesso facile da parte del personale.	2026-2027
3.2 Supporto alla genitorialità per tutti i genitori	Garantire la genitorialità per entrambi i genitori, attraverso promozione e monitoraggio delle relative politiche dell'Ente	CUG	Rilevazione degli strumenti normativi utilizzati, con dati aggregati per genere, età, nucleo familiare, da pubblicare sulla pagina intranet del CUG	Annuale
	Esplorare, anche sulla base di monitoraggio territoriale e/o agevolazioni economiche, la fruizione di asili nido e/o centri estivi in prossimità del luogo di lavoro.	CUG	Analisi di fattibilità	2026
3.3 Creazione dello Sportello d'ascolto	Istituzione di uno sportello di ascolto e supporto psicologico, gestito da figure professionali qualificate	DG	Avvio e completamento della procedura di nomina	2026
3.4 Indagini sul clima interno	Indagine per la valutazione del clima interno e delle possibili fonti di disagio lavorativo al fine di individuare interventi migliorativi	CUG	Avvio e completamento di un questionario per il personale dell'ISS, insieme alla Rete dei CUG degli EPR	2027

Area di intervento 4. Formazione e diffusione del modello culturale

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
4.1 Sensibilizzare il personale su pari opportunità, cultura del rispetto, contrasto alla violenza di genere e inclusione, tramite iniziative dedicate e accesso ai documenti rilevanti.	Organizzare iniziative dedicate al modello culturale improntato a queste tematiche	CUG	Promozione della presenza di entrambi i generi negli eventi pubblici organizzati dall'ISS. Valutare l'adesione alla campagna No women no panel.	Annual
		CUG	Una iniziativa di sensibilizzazione sul tema della Diversity	2027
		DG CUG	Ripetere una seconda edizione del corso di gestione dei conflitti rivolto al personale dirigente.	2027
	Garantire l'accesso ai documenti rilevanti attraverso una pagina web intranet CUG dedicata per i documenti elaborati dal CUG e uno spazio sul sito ISS per l'accesso a dati e statistiche, con strumenti visivi e facilmente ricercabili.	CUG	Aggiornamento pagina intranet CUG	Annuale
		Servizio di informatica CUG	Analisi di fattibilità di uno spazio sul sito ISS.	2026
4.2 Favorire il senso di appartenenza all'Ente attraverso una migliore comunicazione tra agli organi/uffici consultivi/decisionali dell'Ente e il personale	Informare e formare il personale, soprattutto neoassunto, sulle regole di funzionamento dell'ISS e migliorare la comunicazione tra personale della ricerca e uffici.	CUG	Brochure di accoglienza per i neo assunti.	2025-2026
			Analisi su come migliorare la comunicazione tra uffici	2026-2027

Area di intervento 5. Rafforzamento del ruolo del CUG

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
5.1 Rafforzare il ruolo del CUG: far conoscere le attività e favorire la formazione dei membri	Informare sulle attività e funzioni del CUG ISS	CUG	Numero di articoli divulgativi sulle attività del CUG/anno.	Annuale
	Potenziare la formazione dei membri del CUG.	CUG	Almeno un'iniziativa di formazione all'anno.	Annuale
Collaborazioni e networking	Garantire rapporti formali del CUG con gli organismi esterni di rilievo (Consigliere di parità, altri CUG, Forum dei CUG della PA, OIV)	CUG	Numero di iniziative organizzate dalla Rete e altri CUG a cui partecipa il CUG ISS.	Annuale
	Partecipazione al comitato delle/i presidenti dei CUG degli Enti Pubblici di Ricerca	CUG	Numero di documenti o iniziative prodotti annualmente	Annuale

Area di intervento 6. Supporto alla dirigenza ISS nell'attuazione delle azioni;

Obiettivo	Azioni	Figure decisionali/soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
6.1 Garantire il ruolo consultivo del CUG nei momenti strategici e decisionali di definizione delle politiche per il personale	Promuovere presso la Dirigenza ISS l'acquisizione del parere preventivo del CUG in merito a tutte le politiche relative al personale	DG DIRAG DRUE CUG	Numero di documenti in cui si richiede il parere preventivo del CUG	Annuale
	Individuazione dei soggetti referenti per la predisposizione e l'attuazione del piano di azioni positive, distinguendo tra le figure apicali e i soggetti attuativi.	DG DIRAG DRUE CUG	Identificazione dei referenti.	2026
	Promuovere l'autovalutazione come strumento per l'analisi di efficacia e adeguatezza delle politiche di pari opportunità, in linea con (LG 2022). Verificare la possibilità di sviluppare un sistema di gestione per la Parità di genere secondo la (UNI 2022).	DG DRUE DIRAG CUG	Predisporre una check list sulla base del toolkit OECD (2023)	2026-2027
6.2 Acquisire dati disaggregati per genere per operare scelte informate e definire priorità	Organizzazione della raccolta e l'analisi dei dati sulla rappresentanza e sulla parità di genere	Servizio informatico Ufficio Trattamento Giuridico ed Economico del personale CUG	Almeno 1 report o documento di programmazione e/o rendicontazione pubblicato con dati disaggregati per genere.	Annuale
6.3 Redigere il Bilancio di genere	Organizzazione di iniziative o corsi sulla preparazione e implementazione del Bilancio di genere	DRUE CUG	Attivazione del corso e numero di persone formate	2026
	Redazione della prima versione del bilancio di genere.		Prima versione del bilancio di genere.	2027

Area di intervento 7. Prevenzione e superamento della violenza di genere

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
7.1 Promuovere una maggiore consapevolezza su ogni forma di discriminazione, molestia e violenza di genere	Garantire che il ruolo della Consigliera di fiducia per prevenire, gestire e aiutare a risolvere casi di mobbing, di molestie sessuali, di discriminazione e le modalità per contattarla siano compresi dal personale.	CUG	Materiale informativo e coinvolgimento della consigliera di fiducia in almeno un evento pubblico all'anno.	Annuale
	Informazione e diffusione al personale di corsi di autoformazione messi a disposizione dal Ministero della Funzione Pubblica ed erogati dalla piattaforma Syllabus.	CUG	Promozione dei Corsi "RiformaMentis" e "La cultura del rispetto", valutando la percentuale di fruizione dei corsi e risposte al questionario	Annuale
	Istituzionalizzare momenti formativi e di sensibilizzazione	CUG e Rete CUG	Almeno un evento all'anno in occasione del 25 novembre celebrazione della giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne	Annuale
7.2 Sensibilizzare il personale sull'uso di un linguaggio non sessista, inclusivo e rispettoso del genere, al fine di avviare buone prassi comunicative	Sensibilizzare il personale sull'uso di un linguaggio non sessista rispettoso del genere attraverso l'offerta di un seminario annuale	DG DIRAG CUG	Seminario "Sono solo parole?". Percentuale di fruizione	2027
	Implementare le Raccomandazioni per l'uso di un linguaggio ampio non discriminatorio dell'identità di genere	CUG	Monitoraggio dell'uso delle raccomandazioni nei documenti, nelle comunicazioni e nelle pubblicazioni ISS	Annuale
		DIRAG	Introduzione dei profili declinati al femminile nei badge di presenza	Annuale