



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE TRIENNIO 2023-2025

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Sommario

INTRODUZIONE	3
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, PER CHI LO FACCIAMO ...	6
1.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO: SCENARIO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE.....	8
1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	10
1.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA (ORGANIGRAMMA).....	10
1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE.....	14
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	16
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO	16
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE.....	22
2.2.1 PIANIFICAZIONE TRIENNALE.....	24
2.2.2 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE.....	31
2.2.3 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	37
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	39
2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	45
2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI	47
2.3.3 IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO.....	56
2.3.4 VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	66
2.3.5 TRATTAMENTO DEL RISCHIO	72
2.3.6 LE MISURE GENERALI.....	75
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	104
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	104
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	107
3.2.1 CONDIZIONALITÀ E FATTORI ABILITANTI	109
3.2.2 OBIETTIVI: SVILUPPO DI ATTIVITÀ PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA DELL'ENTE.....	110
3.2.3 CONTRIBUTI AL MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE IN TERMINI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA	111
3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	113
3.3.1 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE	113
3.3.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	117
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	119
4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE.....	119

4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	122
SEZIONE 5. PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE 2023 - 25	125

INTRODUZIONE

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 (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.

Con 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, è stato previsto che tutti i piani programmatici confluiscono in un unico “*Piano integrato di attività e organizzazione*” nell'ambito del quale siano 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 – poi – individuati i Piani preesistenti che debbono confluire nel citato PIAO; in particolare confluiscono nel PIAO il Piano dei fabbisogni, il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione il Piano delle azioni positive, il Piano organizzativo del lavoro agile.

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*”.

Uniformandosi a tale serie di disposizioni normative, e, in particolare, al citato D.M., 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**”.
- **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*

Il presente documento si pone in linea ed in stretta continuità anche con il PTA 2023-25 sottoposto alla approvazione del C.d.A. dell’Ente.

Tale documento, come noto, 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.

La strategia del triennio 2023-2025 viene configurata come il naturale sviluppo delle linee di indirizzo del precedente triennio, e tiene conto dei programmi e degli ambiti di intervento previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Piano Nazionale Complementare, così come negli indirizzi emergenti dalla presidenza italiana del G 20, in particolare per la salute.

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Istituto Superiore di Sanità
Sede	Viale Regina Elena n. 299 – 00161 Roma
Ulteriore sede operativa	Via Giano della Bella n. 34 – 00161 Roma
Codice Fiscale	80211730587
Presidente	Prof. Silvio Brusaferrò
Direttore Generale	Dott. Andrea Piccioli
Personale al 31.12.2022	— 1764 dipendenti a tempo indeterminato — 72 unità di personale in servizio a tempo determinato
Comparto di appartenenza	Enti Pubblici di Ricerca di cui al Decreto Legislativo 25 novembre 2016 n. 218
Statuto	https://iss-amministrazionetrasparente.azurewebsites.net/wpcontent/uploads/2017/12/Statuto-ISS-GU.pdf
Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli Organi e delle Strutture	https://iss-amministrazionetrasparente.azurewebsites.net/wpcontent/uploads/2017/12/rof-iss-1.pdf Sito web http://iss.it/
PEC	protocollo.centrale@pec.iss.it

1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, PER CHI LO FACCIAMO

L'ISS è l'organo tecnico-scientifico dell'SSN ed EPR vigilato dal Ministero della Salute (DL.vo 218/2016) con autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile.

In coerenza con la sua missione, definita nello Statuto approvato con delibera n.1 del Consiglio di Amministrazione del 26/7/22, l'Istituto promuove e tutela la salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione, formazione e informazione, agendo nell'ambito di grandi macroaree di intervento che coprono tutti i domini della salute pubblica.

Con i suoi oltre 1800 dipendenti (ricercatori, tecnici e personale amministrativo), l'ISS è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica e opera a 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.

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 con le sue articolazioni interne e le sue agenzie, i principali organismi multilaterali, le università, le agenzie e le analoghe istituzioni tecnico-scientifiche di altri Paesi in raccordo con il MAECI.

Nel Piano Triennale di Attività, documento di carattere strategico e gestionale, cui si rimanda, sono:

- stabiliti gli obiettivi generali dell'attività dell'Istituto Superiore di Sanità
- determinati obiettivi, priorità e risorse per il periodo di programmazione 2023-25
- definiti 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 l'Ente.

Le linee programmatiche definite nel Piano Strategico 2019-2023 e nei PTA 2021-2023 e 2022-2024 prevedevano 5 macro-obiettivi progressivamente implementati nel corso degli anni, ma che si ripropongono in uno scenario di lungo termine:

- Ente in continua evoluzione per rispondere alle sfide di sanità pubblica presenti e future
- Snodo strategico per la ricerca italiana nel campo della salute
- Nodo essenziale nelle reti della sanità pubblica italiana, europea e internazionale
- Leader autorevole e indipendente in Italia, in Europa e nel mondo

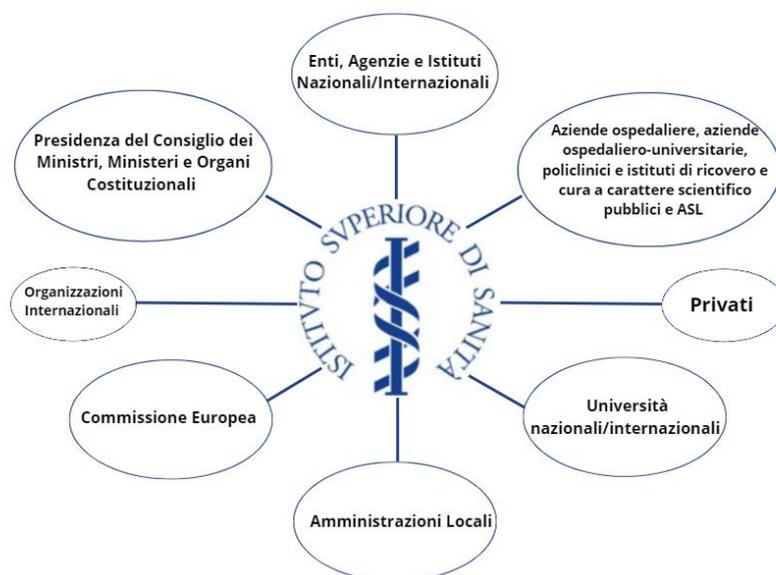
- Organizzazione aperta ai cittadini, enti, istituzioni italiane e internazionali.

Tali macro-obiettivi sono intrinsecamente collegati agli ambiti di azione dell'ente (ricerca, monitoraggio, regolazione e controllo, comunicazione e formazione) e vanno declinati a livello nazionale, europeo e globale.



1.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO: SCENARIO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE

L'Istituto svolge le proprie attività in un panorama di portata nazionale e internazionale, interagendo con *stakeholder* di natura diversificata in funzione sia del suo ruolo di ente di ricerca nella comunità scientifica che di leader autorevole nel campo delle attività istituzionali legate alla sanità pubblica. Pertanto, sono state identificate otto macrocategorie in cui suddividere i principali *stakeholder* dell'Istituto:



Le macrocategorie sopra riportate sono state individuate tenendo conto di due aspetti: gli *stakeholder* che collaborano con l'Istituto attraverso la partecipazione in progetti di ricerca finalizzati allo sviluppo della conoscenza scientifica piuttosto che ad attività legate allo sviluppo di tematiche di sanità pubblica, e gli *stakeholder* che hanno interazioni con l'Ente per attività di tipo istituzionale.

Per quanto concerne l'attività di ricerca i soggetti con cui vi è maggiore interazione vi sono: altri enti e istituti di ricerca, i Ministeri (in particolare il Ministero della Salute), le altre amministrazioni centrali quali per esempio la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Camera dei Deputati, le università, le altre strutture locali del SSN. Il rapporto con le società private per l'ottenimento di finanziamenti finalizzati all'esecuzione di specifici progetti di ricerca risulta, in questo ambito, molto marginale.



Analizzando gli *stakeholder* con i quali l'ISS interagisce nell'ambito della propria attività cd. Istituzionale (rilascio di certificazioni, pareri, valutazioni, controlli), notiamo una presenza più decisa di interazioni con privati.

Infine, altro *stakeholder* da considerare è la cittadinanza, più genericamente intesa, con la quale l'Ente interagisce attraverso canali specifici dedicati all'informazione oltre che il rilascio di servizi. Tale rapporto, intensificatosi a seguito della pandemia, rappresenta sempre di più il portatore di interesse per eccellenza verso cui orientare l'offerta di programmi e interventi in grado di rispondere adeguatamente e tempestivamente ai bisogni manifestati.

L'ISS ha una consolidata storia di rapporti internazionali che lo vedono impegnato in:

- **collaborazioni con il MAECI** e la sua Agenzia Italiana Cooperazione allo Sviluppo (AICS);
- **rapporti con l'Unione Europea** per progetti che includono singoli Stati o Aree regionali o reti di partner a livello europeo;
- **rappresentanza tecnica presso agenzie dell'Unione Europea** (ECDC, ECHA, EDQM, EMA, EFSA) e di altre istituzioni internazionali (come WHO, OECD, FAO, Banca Mondiale, OIE, IARC, IANPHI);
- **rapporti bilaterali** con istituzioni di ricerca e regolazione di singoli Stati pressoché in tutti i continenti;
- **collaborazioni tecnico-scientifiche con reti** nazionali, europee e internazionali quali l'Organizzazione Internazionale Italo-Latino-Americano (IILA), e *fora* internazionali quali G7, G20.

L'azione dell'ISS in questo contesto è ispirata da alcuni tratti generali:

- l'ISS, nel proprio ruolo di organo tecnico-scientifico dell'SSN, all'estero rappresenta l'immagine della salute pubblica italiana e, in questa prospettiva e con questa responsabilità, tiene conto e si coordina con le priorità internazionali del Sistema Paese e della cooperazione italiana;
- l'ISS per garantire ricerca e innovazione di alta qualità necessita della collaborazione, dello scambio e del confronto continuo a livello globale;
- l'Italia come modello di salute pubblica è osservata con grande interesse nel panorama internazionale, in particolare a seguito della risposta al COVID-19, e questo genera opportunità di condivisione di esperienze e anche di formazione di professionisti sanitari che l'ISS è chiamato ad intercettare e formare stante le numerose richieste.

1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

1.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA (ORGANIGRAMMA)

L'organizzazione interna dell'ente è rappresentata in sintesi nell'Organigramma ISS. La descrizione dell'intera struttura organizzativa è disponibile alla sezione "Chi siamo" del sito ufficiale (<https://www.iss.it/organigramma>).

Il Presidente ha la rappresentanza legale dell'ISS, 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

Sono Organi dell'Ente:

- il Presidente ha funzione di coordinamento complessivo dell'attività dell'Istituto e delle linee di sviluppo e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- il Consiglio di Amministrazione ha un ruolo di indirizzo amministrativo;
- il Comitato Scientifico ha un ruolo di indirizzo e il coordinamento dell'attività scientifica;
- il Collegio dei Revisori dei Conti 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 dell'ente prevede 2 aree:

AREA OPERATIVA TECNICO SCIENTIFICA

articolata in 6 Dipartimenti, 14 Centri, 2 Centri di riferimento, 5 Servizi tecnico-scientifici. I Dipartimenti e i Centri sono organizzati in reparti.

AREA OPERATIVA AMMINISTRATIVA

articolata in 2 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 generale.

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

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

ORGANI

Presidente

Consiglio di Amministrazione

Comitato Scientifico

Collegio dei Revisori dei Conti

Organismo indipendente di valutazione

Comitato etico nazionale

per le sperimentazioni degli enti pubblici di ricerca e altri enti pubblici a carattere nazionale

Comitato unico di garanzia

DIREZIONE GENERALE

Direttore generale

Strutture

Segreteria del Direttore Generale
 Servizio di pianificazione e controllo di gestione
 Servizio di Informatica
 Servizio di Sorveglianza e Controllo Accessi

DIREZIONI CENTRALI

Affari Generali

Affari generali

Contenzioso del lavoro e disciplinare.
 Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza

Logistica, progettazione e manutenzione

Affari istituzionali e giuridici

Risorse Umane ed Economiche

Bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale

Trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali

Reclutamento, borse di studio e formazione

Contratti

Progetti e convenzioni

Servizio di prevenzione e protezione dei lavoratori e convenzioni

area operativa amministrativa

PRESIDENZA

Presidente

Segreteria del Presidente
 Segreteria scientifica
 Servizio comunicazione scientifica
 Servizio conoscenza (documentazione, biblioteca)
 Servizio formazione
 Servizio relazioni esterne e centro rapporti internazionali
 Ufficio stampa
 Unità di bioetica

Strutture

DIPARTIMENTI

Ambiente e salute

Malattie cardiovascolari endocrino-metaboliche e invecchiamento

Malattie infettive

Neuroscienze

Oncologia e medicina molecolare

Sicurezza alimentare nutrizione e sanità pubblica veterinaria

SERVIZI TECNICO-SCIENTIFICI

Coordinamento e supporto alla ricerca

Grandi strumentazioni e core facilities

Grant office e trasferimento tecnologico

Servizio biologico

Statistica

CENTRI DI RIFERIMENTO

Medicina di genere

Scienze comportamentali e salute mentale

Organismo notificato

CENTRI NAZIONALI

Clinical governance

Controllo e valutazione dei farmaci

Dipendenze e doping

Eccellenza clinica qualità e sicurezza delle cure

Malattie rare

Prevenzione delle malattie e promozione della salute

Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale

Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci

Ricerca su HIV/AIDS

Salute globale

Sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore

Sperimentazione e benessere animale

Tecnologie innovative in sanità pubblica

Telemedicina e nuove tecnologie assistenziali

Centro Nazionale Sangue

Centro Nazionale Trapianti

area operativa tecnico-scientifica

Presso l'Ente inoltre sono istituiti:

- **Organismo Indipendente di Valutazione** (OIV), che esercita le attribuzioni di cui all'art. 14 del DL.vo 150/2009 e successive modificazioni;
- **Comitato Etico Nazionale** per le sperimentazioni degli EPR e altri enti pubblici a carattere nazionale (CEN), istituito presso l'ISS con Decreto del Ministro della Salute 1° febbraio 2022, ai sensi della Legge 3/2018 (art. 2, comma 9);
- **Comitato Unico di Garanzia** (CUG), nominato con Decreto del Direttore Generale n. 129 del 29 ottobre 2019, che sostituisce, riunificandoli, il Comitato Pari Opportunità e il Comitato di contrasto al mobbing.

Presso l'Istituto operano inoltre:

- **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;
- **Centro Nazionale Trapianti** (CNT), istituito dalla Legge 91/1999;
- **Centro Nazionale Sangue** (CNS), istituito con Decreto del Ministro della Salute del 26 aprile 2007.

1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

Risorse umane (presenti in servizio)

Risorse umane (presenti in servizio) La seguente tabella fa riferimento al personale effettivamente presente in servizio in ISS alla data del 31.12.2022. Tiene conto di tutte le movimentazioni di personale avvenute nell'arco dell'anno 2022 sia in ingresso che in uscita.

**SITUAZIONE DEL PERSONALE ISS IN SERVIZIO
ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2022**

PROFILO PROFESSIONALE	livello	UNITÀ a TI		UNITÀ a TD
DIRIGENTE DI RICERCA	I	98	} 835	5
1° RICERCATORE	II	264		1
RICERCATORE	III	473		22
DIRIGENTE TECNOLOGO	I	13	} 136	
1° TECNOLOGO	II	22		1
TECNOLOGO	III	101		12
DIRIGENTE I^ FASCIA	I	2	} 10	
DIRIGENTE II^ FASCIA	II - III	8		
FUNZIONARIO DI AMM.NE	IV	34	} 61	
	V	27		
COLLAB. TECNICO E.R.	IV	146	} 484	19
	V	131		
	VI	207		
COLLAB. DI AMM.NE	V	56	} 108	
	VI	27		
	VII	25		
OPERATORE TECNICO	VI	29	} 130	2
	VII	34		
	VIII	67		
DIRETTORE GENERALE ISS, Direttore CNT e Direttore CNS				3
DIRIGENTE <i>ex art.15 septies</i> **				7
TOTALE		1764		72

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

Risorse economico-finanziarie (dati bilancio)

Si evidenzia che per l'anno 2023 le risorse finanziarie dell'ente sono state distribuite in funzione delle sue due principali missioni di Ricerca e di Tutela della Salute in relazione agli obiettivi che l'ente intende perseguire, oltre a dotare la struttura centrale dei budget necessari per consentire l'ammodernamento dell'intera struttura.

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

Denominazione	Esercizio Finanziario 2023	
	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	135.415.937	169.497.929
Totale Missione 17	135.415.937	169.497.929
Missione codice 20 - Tutela della salute		
0.01 Programma Prevenzione e promozione della salute umana COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	174.304.138	214.288.342
Totale Missione 20	174.304.138	214.288.342
Missione codice 32 - Servizi Istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche		
002 Programma - Indirizzo Politico COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	525.399	719.116
003 Programma -Servizi e affari generali per le Amministrazioni di competenza COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	21.226.127	29.052.286
Totale Missione 32	21.751.527	29.771.402
Missione codice 33 - Fondi da ripartire		
001 Programma Fondi di riserva e speciali COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	60.000	60.000
002 Programma Fondi da assegnare COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	340.000	340.000
Totale Missione 33	400.000	400.000
Missione codice 90 - Debiti da finanziamento dell'amministrazione		
001 Programma Rimborso prestiti COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	1.190.589	1.190.589
Totale Missione 90	1.190.589	1.190.589
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	196.580.000	196.588.312
Totale Missione 99	196.580.000	196.588.312
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	529.642.190	611.736.574

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO

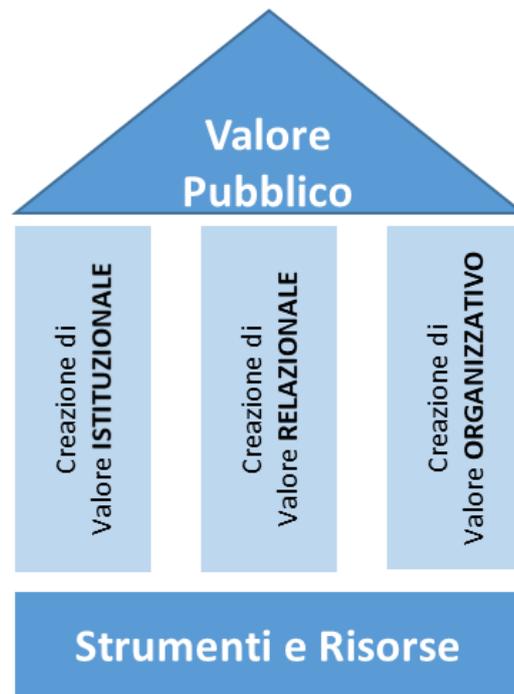
Il Valore Pubblico può essere considerato il nuovo orizzonte delle Performance delle Pubbliche Amministrazioni in grado di divenire volano per la generazione di benessere per la collettività. Si supera pertanto il paradigma autoreferenziale (performance per performance) verso un approccio finalizzato (performance per il valore pubblico). Spesso il concetto di Valore Pubblico muta al variare del contesto e di chi lo sta osservando, si tratta infatti di un concetto “caleidoscopico”. L’Istituto Superiore di Sanità attraverso il perseguimento della sua mission di “promozione e tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione” risponde alla generazione di Valore Pubblico per gli stakeholders e gli utenti che, ancora di più a causa della pandemia, sono direttamente o indirettamente attori delle attività dell’ente.

Infatti, è importante che un Ente sia in grado di generare Valore Pubblico in modo equo e sostenibile ovvero riesca a generare un livello di benessere migliore rispetto alle condizioni di partenza sia per gli utenti che per gli stakeholders. Pertanto, l’ISS intende perseguire un approccio di creazione del Valore Pubblico, basato su:

- supporto alla risposta del Paese in tema di sanità pubblica attraverso la propria missione nell’interesse della collettività;
- sviluppo delle proprie attività istituzionali in modo etico e sostenibile realizzando scambi di conoscenze con la comunità scientifica nazionale e internazionale.

A tal fine, l’Ente deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili, lungo un percorso di sviluppo sostenibile che guardi all’Agenda 2030 dell’ONU. Lo sviluppo sostenibile può essere programmato, misurato, valutato e certificato tramite gli SDGs (Sustainable Development Goals). I 17 obiettivi di sviluppo sostenibile riguardano sia i Paesi sviluppati che i Paesi in via di sviluppo che si sono impegnati a rispettarli.

Nel processo di creazione di valore pubblico concorrono diversi elementi quali: la pianificazione degli obiettivi strategici, lo svolgimento delle attività interne dell’Organizzazione ed il rafforzamento del rapporto con tutti i portatori di interesse dell’Organizzazione.



Come rappresentato nel grafico a “tempio”, in linea con una logica piramidale, è possibile definire tre livelli di creazione del valore che insieme generano valore pubblico. Il primo pilastro consiste nella creazione di valore istituzionale, che esprime la performance istituzionale dell’ente ovvero il contributo che viene prodotto nell’innovazione di Governo e Amministrazione de sistema Paese. Il secondo pilastro dà vita alla creazione di valore relazionale, ovvero esprime le performance delle risorse umane dell’Istituto in grado di sviluppare un contesto orientato alla collaborazione e allo sviluppo di reti con stakeholder e portatori di interessi esterni. Il terzo pilastro, relativo alla creazione di valore organizzativo, esprime la performance organizzativa dell’ente in un’ottica di efficienza prodotta che permette di raggiungere gli obiettivi dell’Ente. Il punto di riferimento della performance organizzativa consiste negli impatti che questa genera sulla società al fine di creare valore pubblico, migliorando così il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e dei principali stakeholder. Al fine di poter generare la creazione di valore nei diversi ambiti è necessario disporre di risorse e strumenti operativi efficaci ed efficienti che permettano di svolgere in modo ottimale le attività dell’Ente; è pertanto fondamentale porre attenzione alla qualità e alla salute delle proprie risorse - umane, economiche, informative, strumentali - per la creazione di valore pubblico.



Come precedentemente detto, il processo di creazione del valore pubblico generato dall'Istituto si basa su 3 pilastri principali: valore istituzionale, relazionale ed organizzativo; di seguito viene riportato il collegamento tra i singoli pilastri e gli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda ONU 2030 (Sustainable Development Goals - SDGs), esplicitando le azioni dell'Ente che contribuiscono a tali obiettivi.

Creazione di valore ISTITUZIONALE: promozione e tutela della salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, monitoraggio, consulenza, regolazione, formazione e informazione	
Obiettivi di Sviluppo Sostenibile	
	SDG 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età: tramite la produzione e la divulgazione di conoscenze ed evidenze scientifiche, le attività di monitoraggio dei dati sanitari per consentire decisioni da parte delle istituzioni centrali in materia di Salute e Sanità pubblica
	SDG 4 - Fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti: tramite l'offerta di programmi di formazione in grado di rispondere adeguatamente e tempestivamente ai bisogni formativi e di aggiornamento delle figure professionali che operano nel settore Salute
	SDG 8 - Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti: tramite la formazione di studenti e ricercatori che dia vita all'inserimento nel mercato del lavoro

Creazione di Valore RELAZIONALE: capacità dell'Organizzazione di creare relazioni con gli stakeholder interni ed esterni con il fine di incrementare il benessere individuale e collettivo attraverso la condivisione dei valori	
Obiettivi di Sviluppo Sostenibile	
	SDG 8 - Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti: tramite la formazione di studenti e ricercatori che dia vita all'inserimento nel mercato del lavoro
	SDG 10 - Ridurre le disuguaglianze all'interno dei e fra i Paesi
	SDG 11 - Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili: tramite le attività di rilascio pareri sui rischi chimici e ambientali
	SDG 5 - Raggiungere l'uguaglianza di genere: tramite politiche volte a promuovere l'eguaglianza di genere in tutte le partecipazioni dell'Ente e nell'organizzazione interna

Creazione di Valore ORGANIZZATIVO: insieme delle risorse tangibili e intangibili organizzate al fine di erogare i servizi in modo innovativo e strutturato	
Obiettivi di Sviluppo Sostenibile	
	SDG 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età: tramite la divulgazione scientifica e il sostegno allo sviluppo della ricerca medica
	SDG 5 - Raggiungere l'uguaglianza di genere: tramite politiche di volte a promuovere l'eguaglianza sostanziale all'interno dell'Istituto
	SDG 9 -Costruire un'infrastruttura resiliente e promuovere l'innovazione e una industrializzazione equa, responsabile e sostenibile: tramite l'impegno a cogliere tutte le opportunità di innovazione e modernizzazione dei servizi a beneficio della comunità

Per ognuna delle 3 aree di intervento dell'Ente verrà misurato l'impatto che il raggiungimento degli obiettivi produce sulla collettività e sul contesto di riferimento, in linea con quanto programmato nel Piano Triennale delle Attività, vengono descritti i 6 piani di azione su cui si opera:

Ricerca: la ricerca scientifica è un obiettivo prioritario, centrale alla missione dell'Istituto di promozione e tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso la produzione e diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche. A tal fine l'Istituto promuove la comunicazione e lo scambio dei risultati della ricerca, così da estenderne la visibilità e l'impatto presso l'intera comunità scientifica e massimizzare il ritorno dell'investimento pubblico nella ricerca.

Gli obiettivi di valore pubblico e i risultati legati alla missione Ricerca vedono come principali stakeholders le Amministrazioni Centrali dello Stato in tutta la sua organizzazione, con particolare riguardo al Ministero della Salute ed alle Regioni, i giovani ricercatori, gli altri enti ed istituzioni nazionali e internazionali, la collettività internazionale oltre che il settore privato.

Solide competenze rendono possibile annualmente la pubblicazione di articoli su larga scala e in importanti riviste con IF, garantendo visibilità e riconoscimento nella comunità scientifica. Ciò in parte reso possibile anche grazie al costante aggiornamento delle attrezzature tecnico-scientifiche presenti nei vari centri e dipartimenti e a supporto dei vari laboratori.

Monitoraggio: implementare e sviluppare i sistemi di monitoraggio con il fine di restituire i dati e i risultati ai principali stakeholders utili per valutare interventi tempestivi di sanità pubblica è tra gli obiettivi che maggiormente incidono sulla creazione di valore pubblico. Le malattie rappresentano un grave onere socio-economico per i cittadini e i sistemi sanitari dell'UE e di tutto il mondo. I vari programmi di monitoraggio dei dati sanitari, dello stato di salute e dell'uso delle tecnologie sono attività molto rilevanti e caratterizzanti l'ISS. Tali programmi sono in gran parte, anche se non esclusivamente, definiti dal DPCM 3/3/2017 relativo a sorveglianze e registri. In sintesi, il monitoraggio è riconducibile alle grandi tematiche relative a: accesso ai servizi, studio di patologie specifiche, Life course come approccio allo stato di salute, One Health. Il rischio per la salute delle

persone è una grave minaccia alla sicurezza sanitaria transfrontaliera per i paesi dell'UE e del mondo e che può essere contenuta grazie all'attività di sorveglianza portata avanti dall'Istituto in stretta sinergia con gli stakeholders coinvolti.

Regolazione: il rafforzamento delle attività di regolazione, valutazione e controllo in specifici settori a tutela della salute pubblica, attraverso una puntuale evasione di tutte le richieste presentate dagli stakeholders unitamente ad un costante coordinamento delle reti nazionali dei Laboratori di Controllo e di Riferimento, ha lo scopo di aumentare la sicurezza della popolazione rispetto a potenziali rischi per la salute umana generando un beneficio oggettivo per la collettività anche in termini di esternalità positive che vengono generate. È infatti perno della mission dell'ente la promozione della salute come presupposto determinante per il benessere della persona, per la qualità della vita, ma anche per la sostenibilità del sistema sanitario, sempre più in difficoltà nella risposta alle sfide odierne, quali tra le principali: l'invecchiamento, la multimorbilità e la carenza di personale sanitario.

Comunicazione: la comunicazione è, e rimarrà, un elemento centrale e richiede speciale attenzione e investimenti da parte dell'ISS, è obiettivo dell'ente rafforzare la capacità di erogare servizi diretti ai cittadini, alle istituzioni nazionali e internazionali e in generale a tutti i portatori di interesse, in modo da condividere informazioni correnti sulle attività dell'Istituto. Oltre al sito internet, sono prodotte dall'ISS varie collane, tra cui il notiziario, Rapporti ISTISAN in cui si pubblicano studi, ricerche e protocolli tecnici rilevanti in ambito nazionale e/o internazionale. Inoltre, è perno della mission dell'ente lo sviluppo di servizi ai cittadini, quali i telefoni verdi, che negli ultimi anni hanno accresciuto le modalità di supporto attraverso l'attività di counselling telefonico, il Portale ISSalute, la Biblioteca e il Museo di sanità pubblica. Quest'ultimo fornisce al cittadino tutto il materiale divulgativo esposto negli stand delle diverse manifestazioni culturali a cui l'Istituto partecipa.

Formazione: l'ISS persegue convintamente lo sviluppo di una formazione adeguata agli operatori sanitari e a tutti gli stakeholders, per aumentare la qualità della professionalità degli addetti alla tutela della salute. Soltanto attraverso un'alta preparazione è possibile incidere significativamente sulla buona riuscita delle politiche sanitarie programmate in un'ottica di progresso sociale, economico e sanitario sostenibile. La formazione si configura anche come uno degli elementi cruciali per l'implementazione dei diversi progetti e piani previsti dal PNRR e dal PNC per l'evoluzione dell'SSN e per promuovere salute e benessere nelle nostre comunità. Analogo discorso può essere fatto sul tema core competence e della leadership nonché della preparedness a livello internazionale.

Rapporti internazionali: l'ISS, nel proprio ruolo di organo tecnico-scientifico dell'SSN, all'estero rappresenta l'immagine della salute pubblica italiana e, in questa prospettiva e con questa responsabilità, tiene conto e si coordina con le priorità internazionali del Sistema Paese e della cooperazione italiana. L'ente ha una consolidata storia di rapporti internazionali che lo vedono

impegnato sui versanti di rappresentanza tecnica presso agenzie dell'Unione Europea, rapporti bilaterali con istituzioni di ricerca e regolazione di singoli Stati pressoché in tutti i continenti, collaborazione con il Ministero Affari Esteri, rapporti con l'Unione Europea per progetti che includono singoli Stati o Aree regionali o reti di partner a livello europeo, collaborazioni tecnico-scientifiche con reti nazionali, europee e internazionali.

Diventa pertanto fondamentale considerare l'impatto generato nei 6 piani d'azione sopra descritti, andando a misurare gli effetti che le attività implementate producono sul contesto socio-economico. Spesso però, misurare l'impatto effettivamente generato, può risultare difficoltoso sia per il tempo che intercorre tra l'azione implementata e la generazione dell'effetto, sia a causa del parziale controllo dello stesso, dovuto a interazioni da parte di altri soggetti o di variabili esterne.

La creazione di valore pubblico da parte dell'Istituto avviene, altresì, attraverso il miglioramento progressivo del ciclo di programmazione, di misurazione, di valutazione e di rendicontazione delle performance modulato sulle risorse finanziarie a disposizione dell'Ente.

In conclusione, l'orientamento degli obiettivi dell'Ente verso l'impatto sociale, sanitario, gestionale e finanziario non deve più essere considerato solo come una risposta adempimentale, ma piuttosto una leva per la messa in atto di azioni in grado di porre l'ente all'interno di un sistema in cui la ricerca scientifica e l'attività di tutela della salute pubblica e gli scambi di conoscenze con l'esterno, integrino la crescita economica, la tutela ambientale e la coesione sociale.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE

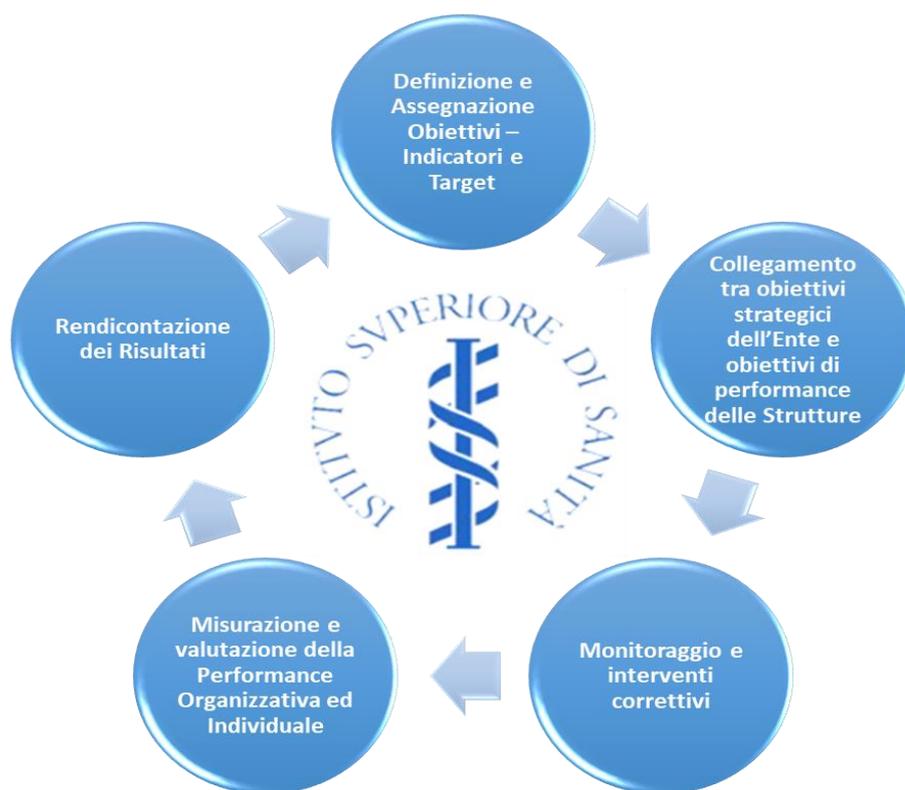
Il D.lgs. 150/2009 stabilisce che il Ciclo di gestione della Performance delle Pubbliche Amministrazioni si avvia con la definizione e l'assegnazione degli obiettivi che si intendono perseguire. In particolare, per gli enti di ricerca, la pianificazione triennale di attività (PTA) rappresenta il momento per la definizione delle linee strategiche che, a partire dalla sua "mission" e dalla sua "vision", individuano le aree di intervento. Per l'Istituto, lo schema di programmazione strategica del triennio 2023-2025 è rappresentata dall'incrocio tra gli ambiti di azione e i macro-obiettivi dell'Ente; tale incrocio viene rappresentato graficamente dalla matrice di seguito riportata:

Ambiti di azione Macro-obiettivi	Ricerca	Monitoraggio	Regolazione	Comunicazione	Formazione
Ente in continua evoluzione per rispondere alle sfide di sanità pubblica presenti e future				Diffondere le conoscenze scientifiche e le informazioni di Salute Pubblica	
Snodo strategico per la ricerca italiana nel campo della salute	Rendere disponibili finanziamenti propri a sostegno della ricerca Sviluppare Azioni volte a rafforzare la ricerca				
Nodo essenziale nelle reti della sanità pubblica italiana, europea e internazionale		Fornire un monitoraggio preciso e tempestivo dei dati sanitari	Sviluppare azioni volte a migliorare il rapporto con stakeholder		
Leader autorevole e indipendente in Italia, in Europa e nel mondo	Investire nella formazione di giovani ricercatori		Offrire supporto tecnico-scientifico alle autorità attraverso attività regolatoria		Offrire programmi di Formazione qualitativi, tempestivi e aggiornati
Organizzazione aperta ai cittadini, enti, istituzioni italiane e internazionali		Diffondere tempestivamente le analisi dei dati sanitari		Garantire un servizio aggiornato di informazione	
In Italia, in Europa e nel Mondo					

La programmazione del triennio 2023-2025 è l'evoluzione del precedente triennio 2020-2022 ma comunque sempre orientata nel supportare le istituzioni a fornire una risposta al Paese in termini di tutela della salute pubblica, soprattutto in relazione alla continua gestione della pandemia Covid, una condizione emergenziale che ha rappresentato allo stesso tempo anche una forte opportunità di sviluppo di competenze, conoscenze e di riorganizzazione interna.

La performance organizzativa definita per il 2023 è frutto di un lavoro di condivisione con le strutture dell'Ente e di un'approfondita analisi legata all'andamento storico della performance degli ultimi anni oltre che di una ricerca nella definizione di obiettivi orientati alla creazione di valore pubblico. Il tutto è supportato dalla messa in gestione di un applicativo dedicato alla gestione della

performance che mette in evidenza il rapporto concatenato tra gli obiettivi triennali, le relative azioni e gli obiettivi annuali. Come per il 2022, anche nel 2023 la performance dell'Ente sarà regolata attraverso un processo a cascata, ovvero le strutture definiranno i loro obiettivi di performance soltanto dopo aver ricevuto il Piano della Performance 2023, in modo da poter collegare i propri obiettivi di struttura ad uno o più obiettivi dell'Ente. In questo modo viene garantita una coerenza tra la vision strategica dell'Ente e gli obiettivi di ogni singola struttura. Di seguito viene riportata una rappresentazione grafica delle 5 fasi principali del Ciclo della Performance:



Nel perseguimento delle proprie missioni fondamentali l'Istituto considera sempre il benessere, sociale, economico, ambientale, organizzativo di tutti coloro che, direttamente o indirettamente, beneficiano dell'impatto delle attività dell'Ente. L'Istituto opera per promuovere la tutela della salute pubblica anche a livello europeo e internazionale, contribuendo allo sviluppo di strategie di sanità pubblica nazionale e internazionale e ricerca biomedica attraverso reti, partenariati nazionali e internazionali. L'Istituto ha sempre supportato la politica di incentivazione alla creazione di reti e soprattutto di essere punto di riferimento per le stesse così da garantire la funzionalità del sistema, migliorando l'allocatione delle risorse, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Nell'ambito della performance l'Ente, che ha sviluppato ormai da tempo la capacità di coordinare e partecipare a varie tipologie di reti, intende valutare gli effetti di tale politica cercando di analizzare le attività/progetti/servizi restituiti agli stakeholders. Sempre in linea con il Piano Triennale delle

Attività, anche la programmazione operativa dell'Ente riporta i collegamenti con gli SDGs dell'Agenda 2030, nella consapevolezza del ruolo che l'Istituto riveste per il raggiungimento del modello di sviluppo inclusivo e sostenibile che l'ONU propone.

Infine, il collegamento della performance con il bilancio dell'Ente garantisce la traduzione in termini economici e finanziari del perseguimento degli obiettivi istituzionali nonché delle politiche gestionali pianificate.

2.2.1 PIANIFICAZIONE TRIENNALE

La performance di medio periodo continua ad avere, come obiettivo principale, quello di consolidare il ruolo istituzionale dell'Ente come guida sia all'interno del contesto italiano che internazionale, ponendosi a supporto delle autorità decisionali, imprese, cittadini, enti ed istituzioni nazionali ed internazionali con cui instaurare partnership virtuose in grado di rispondere ai bisogni di tutela della salute pubblica. Tutta l'attività dell'Ente sarà sempre orientata alla realizzazione di valore pubblico, attraverso la produzione, trasmissione e messa a disposizione di dati e risultati tangibili e fruibili per i cittadini e per le istituzioni nazionali/internazionali.

La vision del prossimo triennio può essere sintetizzata in "linee di lavoro", definite a base triennale che saranno a loro volta declinate in più obiettivi annuali, definendo per ciascuno di essi:

- gli indicatori di realizzazione/risultato con i relativi target;
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- gli impatti, con annessa descrizione, generati dal raggiungimento dell'obiettivo;
- le responsabilità organizzative, identificando, di norma, una sola fonte dove poter recuperare le informazioni per ciascun obiettivo.

Con riferimento alla classificazione degli obiettivi, gli stessi si articolano nella prospettiva di:

- Potenziamento e sviluppo: obiettivi che puntano a sviluppare azioni intese a rafforzare il ruolo dell'Ente;
- Incremento: obiettivi che puntano ad aumentare la quantità di informazioni, dati utili a monitorare l'operato dell'ente in termini di efficacia ed efficienza;
- Consolidamento: obiettivi legati al consolidamento di processi e/o procedure introdotti a seguito di obiettivi realizzati.

Sinteticamente, l'azione pubblica dell'Ente avrà come obiettivi del prossimo triennio:

- la promozione della ricerca scientifica, anche attraverso iniziative e programmi mirati alla valorizzazione del personale interno ed al reclutamento di nuovi professionisti, con un

particolare riguardo alla creazione di opportunità per i giovani ricercatori quale nuova leva per lo sviluppo della ricerca in Italia;

- il supporto alla tutela della salute pubblica negli aspetti regolatori;
- lo sviluppo del monitoraggio dei dati sanitari per fornire al Paese informazioni;
- l'incremento dell'offerta di servizi ai cittadini per favorire la corretta ed omogenea circolazione dell'informazione inerente alla salute pubblica;
- la formazione del personale sanitario per l'evoluzione del SSN per promuovere salute e benessere nelle nostre comunità;
- il rafforzamento di azioni ed investimenti in ambito gestionale volti anche allo sviluppo della trasformazione digitale, l'ammodernamento infrastrutturale e al benessere organizzativo.

Quanto sopra si inserisce nel contesto di partecipazione dell'Istituto allo sviluppo del sistema Paese, anche considerando la partecipazione dell'ente alla realizzazione degli obiettivi posti all'interno degli interventi proposti in ambito PNRR/PNC da intendersi come propensione dell'Ente ad essere parte attiva della crescita del Paese.

Promozione della Ricerca scientifica

Tra gli obiettivi prioritari dell'Istituto, in ambito di promozione e tutela della salute pubblica nazionale e internazionale, troviamo la ricerca; grazie alla produzione e diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche, l'Istituto è in grado di fornire un supporto sia a livello decisionale che operativo nell'ambito della realtà sanitaria del Paese.

In relazione al triennio 2023-2025, l'Istituto sintetizza tale intervento secondo lo schema di seguito riportato:

OBIETTIVO SPECIFICO TRIENNALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	TARGET
Rafforzare il posizionamento dell'Istituto quale punto di riferimento nazionale e internazionale nella produzione e diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche	IMPATTI	SOCIALE	Incrementare la conoscenza scientifica	N° Prodotti della ricerca	>= media triennio precedente
			Partecipazione dell'ISS alle opportunità di sviluppo nell'ambito delle iniziative PNRR e PNC	Rispettare le scadenze di consegna progetti N° progetti con Scadenze rispettate/ N°TOT Progetti con Scadenze	100%
			Mantenere costante la presenza di giovani ricercatori (Borse di studio e PhD nel settore della ricerca)	N° Borse di studio finanziate annualmente	>= 35

L'attività di ricerca dell'Istituto copre tutti i domini della salute pubblica. A partire dal 2020, le attività dell'Ente, inclusa la ricerca, sono state riorganizzate in sette macro-aree, superando così la frammentarietà intrinseca al modello organizzativo precedentemente in essere; si riportano di seguito le 7 macro-aree in oggetto:



L'Istituto opera attivamente nell'ambito della ricerca scientifica e intende proseguire gli interventi di sviluppo, anche attraverso la promozione dell'internazionalizzazione della ricerca biomedica, che mirano a valorizzare l'attività dei ricercatori e a stimolare la competitività.

Al fine di dare continuità a quanto già presentato nel piano della Performance del triennio precedente, l'Istituto si pone l'obiettivo di perseguire l'attività di sviluppo e promozione della ricerca, garantendo la produzione e la diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche quale contributo utile per lo sviluppo del benessere collettivo. Unitamente a questo impatto, attraverso investimenti nel campo della ricerca, l'Istituto ritiene di poter rafforzare la propria posizione diventando sempre più un hub di riferimento per la formazione multidisciplinare di giovani ricercatori italiani e stranieri nell'ambito della ricerca.

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

Fin dalla sua nascita, l'Istituto occupa un ruolo di riferimento nel contesto italiano, europeo ed extra-europeo nell'ambito delle attività di regolazione quali: controllo, valutazione, certificazione ed analisi, rispondendo a tutte le richieste istituzionali che provengono dai diversi portatori d'Interesse.

Molteplici e ingenti sono gli impatti generati dallo svolgimento di tale attività, sia in ambito territoriale: Regionale – Nazionale – Internazionale, che relativamente alle tematiche trattate che spaziano dalle patologie trasmissibili, ai settori dell'ambiente, degli alimenti, dei farmaci (medicinali, sieri e vaccini per uso umano e veterinario), delle tecnologie biomediche e dei sistemi sanitari.

In tale ambito, il triennio in oggetto sarà caratterizzato, in continuità con l'obiettivo triennale 2022-2024, dal rafforzamento delle strutture dedicate alle attività di regolazione, valutazioni/pareri e controlli in specifici settori al fine di tutelare in maniera estesa la salute pubblica. Tale scelta di azione è derivata anche dai grossi riscontri che tali attività istituzionali hanno generato e continuano a generare in termini di produzione di valore pubblico. Alcune attività generano un impatto notevole sul sistema Paese come, ad esempio, le attività di regolazione in materia ambientale e di salute - i pareri rilasciati sul rigassificatore di Piombino, l'area industriale dell'ex ILVA e quella di Porto Marghera o Riguardo al miglioramento della qualità delle acque destinate al consumo umano, emergono i contributi sulla riduzione dell'inquinamento da sostanze poli e perfluoroalchiliche (PFAS). Ancora le valutazioni in merito allo sviluppo e all'applicazione della tecnologia 5G, con particolare riguardo ai rischi per la salute dei CEM-RF e alla telefonia mobile e analisi relative al miglioramento della qualità delle acque. Per il triennio a venire, in linea con quanto sviluppato negli scorsi anni, l'Ente si pone l'obiettivo di mantenere la propria posizione di riferimento come Ente autorevole circa l'attività regolatoria, fornendo risposte tempestive alle varie richieste ai vari stakeholders.

OBIETTIVO SPECIFICO TRIENNALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	TARGET
Mantenere il ruolo dell'Istituto come Ente autorevole di riferimento nel settore della sanità pubblica	IMPATTI	SOCIALE	Potenziamento della capacità di risposta delle strutture dell'ente a tutte le richieste degli stakeholders in tema di regolazione, valutazione, controllo rispetto alla tutela della salute pubblica	Garantire una copertura sistematica delle richieste eleggibili pervenute	100% di capacità di risposta

Monitoraggio dei dati sanitari, per garantire al Paese conoscenze

Nel corso degli anni l'Istituto ha sempre più rafforzato la propria posizione come riferimento autorevole e indipendente in Italia, in Europa e nel mondo relativamente alle attività scientifiche, di monitoraggio, regolazione, valutazione e controllo in materia di salute e sanità pubblica. Tali attività riguardano tutti gli ambiti di competenza dell'Istituto: dalle patologie trasmissibili e non, ai settori dell'ambiente, degli alimenti, dei farmaci (medicinali, sieri e vaccini per uso umano e veterinario), delle tecnologie biomediche e dei sistemi sanitari. Inoltre, parallelamente allo svolgimento delle attività ordinarie, svolte dall'Istituto, si sono sempre affiancati interventi di carattere straordinario legati a emergenze sanitarie (basti pensare alla gestione del sistema di sorveglianza attuato durante la pandemia) su richiesta delle amministrazioni centrali o regionali, per la messa a punto di metodi di analisi, linee guida e sistemi di sorveglianza.

Presso l’Istituto operano 48 Sistemi di Sorveglianza e 33 Registri, di cui 34 Sistemi di Sorveglianza e 22 Registri di interesse nazionale e regionale sono attribuiti all’Istituto da DPCM 3 marzo 2017 come Ente di riferimento per la loro istituzione e gestione. Per tali sistemi l’Istituto mantiene attivo un sistema di raccolta sistematica di dati al fine di poter rilevare tempestivamente tutti i casi di rischio per la salute di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante. Il tutto finalizzato a prevenzione, diagnosi, cura, valutazione, sistemi di allerta a livello nazionale e internazionale.

OBIETTIVO SPECIFICO TRIENNALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	TARGET
Garantire un sistema di raccolta dati sistematico, continuo e tempestivo per la valutazione di interventi in sanità pubblica	IMPATTI	SOCIALE	Fornire report tecnici per pianificare, monitorare e valutare interventi di prevenzione e promozione della salute	N° di report inviati alle istituzioni	Invio report tecnici sul 90% delle sorveglianze entro le scadenze previste da normativa

Sostenere la diffusione di corrette informazioni sanitarie

L’Istituto offre servizi diretti ai cittadini, alle istituzioni nazionali e internazionali e in generale a tutti i portatori di interesse, con azioni e iniziative anche a supporto dell’immagine dell’Italia nel mondo. In particolare, l’informazione al cittadino che ha assunto un ruolo centrale nei programmi e nelle azioni di salute pubblica diventa un impegno per l’Istituto che deve offrire servizi diretti e trasversali per favorire la corretta circolazione delle informazioni oltre a sostenerne il buon uso. I servizi diretti ai cittadini sono strettamente collegati al mondo dell’informazione che risulta essere sempre di più un settore oggetto di una innovazione rapidissima, continua e molto legata a tecnologie e strumenti emergenti la cui valutazione di impatto rispetto ai temi della salute difficilmente può essere fatta ex-ante. Per questo motivo l’Istituto intende intraprendere un percorso di sviluppo in questo ambito riferito soprattutto all’area digitale, editoriale e di interazione con i cittadini. Infatti, uno speciale ruolo è quello rivestito dai numeri verdi che rappresentano una opportunità preziosa di servizio all’intera comunità nazionale e che anche in relazioni ai mandati istituzionali potranno essere ulteriormente sviluppati. A questo obiettivo concorrono diversi strumenti oltre ai telefoni verdi, - collocati a seconda dell’ambito di competenza nei diversi Centri e Dipartimenti dell’Istituto; il Portale della conoscenza, un’attività web multimediale mirata a comunicare ai cittadini la conoscenza di tipo medico basata sulle evidenze scientifiche per orientarli verso scelte corrette; i progetti di ricerca in ambito di health information literacy che indagano sui livelli di conoscenza dei cittadini in materia di salute per avere evidenze idonee a guidare le scelte future. Tra i servizi offerti ai cittadini che mirano a elevare il livello di conoscenza scientifica fa parte anche il moderno museo.

Pertanto, il triennio in oggetto si pone come obiettivo quello di garantire un miglioramento continuo nell'erogazione di servizi diretti ai cittadini, enti ed istituzioni italiane ed internazionali con la volontà di favorire la circolazione delle informazioni e sostenerne il buon uso in modo da poter raggiungere un numero maggiore di fruitori dei servizi offerti.

OBIETTIVO SPECIFICO TRIENNALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	TARGET
Garantire un miglioramento continuo nell'erogazione di servizi diretti ai cittadini, enti ed istituzioni italiane ed internazionali	IMPATTI	SOCIALE	Favorire la circolazione delle informazioni e sostenerne l'uso diffuso	N° Accessi utenti al sito ISS	>= annualità 2022
			Sviluppare un sistema di analisi delle richieste dei cittadini	Report annuale di analisi delle richieste	Report annuale

Accrescimento delle competenze dei professionisti del SSN

Nel corso del triennio 2023-2025 l'Istituto continuerà il proprio impegno nella formazione specifica degli operatori del SSN, essendo responsabile, tra l'altro, anche del programma nazionale di formazione continua in salute-ambiente-clima sui rischi sanitari associati a determinanti ambientali e cambiamenti climatici, come previsto dal Piano Nazionale Complementare. Pertanto, offrire una formazione di qualità che sia in grado di rispondere adeguatamente e tempestivamente ai bisogni formativi degli esperti della Sanità Pubblica risulta essere un obiettivo fondamentale ed indispensabile per supportare il sistema Paese con le evidenze scientifiche più attuali.

OBIETTIVO SPECIFICO TRIENNALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	TARGET
Offrire una formazione continua in qualità, reattiva e multidisciplinare che risponda ai bisogni formativi in ambito di sanità pubblica	IMPATTI	SOCIALE	Formazione multidisciplinare rivolta a personale del SSN, fornita anche in collaborazione con stakeholders quali associazioni, federazioni, altri enti pubblici e privati	Redazione Report con dettaglio del N° ore di formazione erogate	Report annuale

Riorganizzazione e aggiornamento della struttura Organizzativa

Al fine di poter perseguire gli obiettivi di Performance, l'Istituto necessita di un apparato organizzativo e strutturale in linea con le necessità di un Ente in continua evoluzione.

Pertanto, l'aggiornamento dell'organizzazione interna dell'Istituto, la sua trasformazione digitale - nei suoi molteplici aspetti: amministrativi, gestionali, di ricerca, monitoraggio, regolazione, formazione e comunicazione -, l'ammodernamento e la manutenzione straordinaria delle infrastrutture edili impiantistiche e delle attrezzature per la ricerca così come la valorizzazione ed il reclutamento delle risorse umane rappresentano tutti aspetti legati all'organizzazione interna

dell'Ente fondamentali nel creare una struttura moderna e funzionale atta a supportare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e finalizzati alla creazione di valore pubblico. Il tutto, ovviamente, nel rispetto degli standard di sicurezza sul lavoro e di benessere organizzativo.

OBIETTIVO SPECIFICO TRIENNALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	FONTE	TARGET
Rafforzare la gestione organizzativa dell'Ente al fine di rispondere efficientemente alle sfide di sanità pubblica presenti ed emergenti	IMPATTI	SOCIALE	Aggiornamento dell'organizzazione interna, attraverso il sistema di monitoraggio interno, per garantire supporto al raggiungimento degli obiettivi dell'Ente	N° obiettivi annuali di performance raggiunti / N. obiettivi annuali complessivi	Relazioni sulla performance	Almeno 80% degli obiettivi prefissati nell'anno di riferimento

2.2.2 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

In coerenza con la programmazione triennale 2023-2025, per permetterne la sua applicazione è stata sviluppata la programmazione annuale 2023 tenendo conto dei sotto-obiettivi sviluppati da tutte le strutture organizzative dell'Istituto.

Per tutti gli obiettivi, triennali ed annuali descritti, sono stati definiti degli indicatori, che possono essere di natura quantitativa, qualitativa o temporale e che permettono di analizzare l'attività svolta e monitorare i progressi fatti nel perseguire l'obiettivo. Inoltre, per ogni obiettivo, è stato definito il target, ovvero il valore di performance atteso che viene individuato attribuendo all'indicatore scelto un determinato valore.

Grazie ad un monitoraggio periodico sarà quindi possibile verificare il raggiungimento dell'obiettivo o eventuali scostamenti rispetto a quanto desiderato.

Alla base della programmazione annuale vi è la consapevolezza che l'Ente opera in funzione del benessere collettivo ponendosi degli obiettivi in grado di incidere positivamente sul sistema Paese ed essendo pertanto generatore di valore pubblico.

Promozione della ricerca scientifica

OBIETTIVO ANNUALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	STRUTTURE COINVOLTE	TARGET
Rafforzamento dell'attività di ricerca scientifica attraverso lo stanziamento di risorse proprie dell'ente e la partecipazione dello stesso a bandi competitivi	EFFICACIA	Quantità EROGATA	Promuovere l'attività di ricerca interna attraverso finanziamenti specifici di bandi competitivi con valutazione esterna	N° di progetti con valutazione nel decimo più alto	Area Tecnico Scientifica	>=alla media dei due anni precedenti
		Quantità FRUITA	Rispetto delle milestone di progetti finanziati nell'ambito delle iniziative del PNRR e PNC	Report di monitoraggio milestone su progetti finanziati / Milestone attesi dei progetti finanziati	Area Tecnico Scientifica	90%
			Migrazione dei brevetti ISS in funzione delle indicazioni e dei requisiti dettati dal nuovo portale europeo	Relazione Tecnica sui brevetti dell'ISS da mantenere/migrare	Area Tecnico Scientifica	Report al 31/12/2023
				N° Brevetti migrati/N° Brevetti ISS eleggibili	Area Tecnico Scientifica e Amministrativa	Almeno il 90%
Sviluppo di azioni interne per il rafforzamento dell'attività di ricerca scientifica	EFFICIENZA	GESTIONALE	Monitoraggio dei risultati ottenuti dai progetti finanziati dall'ISS con bandi competitivi interni per un efficiente ed efficace uso delle risorse messe a disposizione	N° progetti che hanno raggiunto 1 o più deliverables/ N° TOT progetti finanziati	Area Tecnico Scientifica e Amministrativa	>= 80%

			Monitoraggio del popolamento dei DB interni relativi alle pubblicazioni per restituire dati validati attraverso l'accesso aperto	N° pubblicazioni in accesso aperto/N° pubblicazioni Totali prodotte	Area Tecnico Scientifica	>= 2022
		PRODUTTIVA	Incentivare la presenza di giovani ricercatori in formazione (borse di studio e PhD) presso l'Istituto	N° di giovani ricercatori presenti nell'anno >= a quelli dell'anno precedente	Area Tecnico Scientifica e Amministrativa	>= 70
			Promuovere la produzione di ricerca su riviste indicizzate con alto impatto	N° paper pubblicati in riviste del primo decile /N° paper Totali indicizzati	Area Tecnico Scientifica	>= 20%

In base alla mission triennale di produzione e diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche, è obiettivo dell'Istituto diventare punto di riferimento attraverso la fattiva partecipazione a tutte le opportunità di finanziamento offerte da bandi nazionali ed europei, anche legati ai finanziamenti PNRR e PNC. Analogamente, continuerà la strategia di valorizzazione dei prodotti della ricerca attraverso il trasferimento tecnologico, anche mediante formazione continua dei ricercatori per favorire l'acquisizione delle conoscenze di base necessarie a riconoscere, tutelare e valorizzare i risultati della propria ricerca, in accordo con gli indirizzi della Carta Europea dei Ricercatori. Inoltre, l'ISS si prefigge di rafforzare l'attività di supporto al sistema Paese di incentivare la ricerca scientifica attraverso iniziative di finanziamenti con risorse proprie di bandi competitivi che consentano di supportare progetti pilota piuttosto che idee in aree tematiche che non trovano al momento una precisa collocazione in altre opportunità di finanziamento. Altro obiettivo di interesse è quello di sviluppare azioni dedicate a supportare i giovani, attraverso la gestione e erogazione di borse di studio e PhD, per continuare ad essere hub di riferimento nazionale ed internazionale nella formazione di giovani ricercatori garantendo una formazione multidisciplinare valida per diversi profili professionali.

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

OBIETTIVO ANNUALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	STRUTTURE COINVOLTE	TARGET
Rafforzare la capacità di risposta alle richieste degli stakeholders in ambito di tutela della salute	EFFICACIA	Quantità EROGATA	Evasione delle richieste di parere, certificazione, valutazione, validazione pervenute	N° di richieste evase nell'anno / N° Richieste annuali pervenute	Area Tecnico scientifica	100%
	EFFICIENZA	GESTIONALE	Consolidare la partecipazione di tutte le strutture dell'ente nel popolamento dei DB di riferimento relativamente l'attività istituzionale per restituire dati validati	N° attività istituzionali Fascicolate/N° di attività istituzionali effettivamente lavorate	Area Tecnico scientifica	100%
		FINANZIARIA	Mantenere la capacità di riscossione dei crediti derivanti dai servizi prestati	€ riscossi relativi servizi resi a terzi 2023/ € totali da riscuotere relativi ai servizi prestati	Area Amministrativa	> 80%

Relativamente all'area tematica riguardante i servizi istituzionali, l'obiettivo annuale 2023 consiste nel continuare a rafforzare la propria capacità di risposta tempestiva e scientificamente supportata a tutte le richieste eleggibili in tema di regolazione, valutazione e controllo in modo da garantire a tutti gli stakeholders interessati risultati utili per contribuire al buon funzionamento del mercato industriale oltre che proteggere i cittadini e la loro salute.

Monitoraggio dei dati sanitari, per fornire al Paese informazioni

OBIETTIVO ANNUALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	STRUTTURE COINVOLTE	TARGET
Fornire alle principali istituzioni nazionali ed europee un monitoraggio preciso e tempestivo di raccolta ed analisi dei dati sanitari	EFFICACIA	Quantità FRUITA	Rendere disponibili dati aggregati ed elaborati	N° report tecnici per sorveglianza/TOT Sorveglianze	Area Tecnico scientifica	90%
		Qualità EROGATA	Messa a disposizione dei report tecnici sul sito web istituzionale (anche in lingua inglese)	N° report pubblicati sul sito ISS/N° report tecnici per sorveglianza prodotti	Area Tecnico scientifica	100% (100% del 90%)

In coerenza con il task strategico dell'Istituto di tutela della salute pubblica, per l'anno 2023 l'Ente si pone come obiettivo principe lo sviluppo delle attività affinché si arrivi a garantire un sistema di monitoraggio le cui caratteristiche principali devono risiedere nella tempestività di raccolta dei dati, nella completezza del dato fornito e nelle modalità di presentazione e restituzione del dato stesso agli

stakeholders. È fondamentale che il processo di disponibilità del dato venga espletato in coerenza con il regolamento europeo sulla protezione dei dati personali.

All’Istituto viene affidato il monitoraggio costante della salute pubblica, quest’attività con così forte impatto sul sistema pubblico, viene perseguita anche attraverso l’approccio One Health di cui l’Ente è promotore. Infatti, risulta fondamentale l’interazione tra i diversi attori in sanità pubblica in modo trasversale, dalle reti di laboratori per lo sviluppo di tecniche nelle sorveglianze, al coordinamento di gruppi di lavoro interdisciplinari con le istituzioni centrali, in modo da facilitare la definizione di politiche strategiche per la promozione della salute.

Sostenere la diffusione di corrette informazioni sanitarie

OBIETTIVO ANNUALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	STRUTTURE COINVOLTE	TARGET
Supportare le attività rivolte ai cittadini e garantire un servizio aggiornato di informazione	EFFICACIA	Quantità EROGATA	Sviluppo e studio dei diversi strumenti di comunicazione per intercettare le diverse popolazioni target	Produzione di un Report	Area Tecnico scientifica	Entro 31/12/23
Garantire un servizio aggiornato di informazione	EFFICIENZA	PRODUTTIVA	Promuovere la circolazione delle informazioni attraverso la parificazione in lingua inglese nel sito istituzionale	N° contributi in inglese/N° contributi totali	Area Tecnico scientifica e Area Amministrativa	Almeno il 90%
			Garantire la partecipazione di tutte le strutture dell'ISS all'aggiornamento e alla rimozione delle componenti obsolete del sito Istituzionale	N° Strutture che hanno effettuato aggiornamenti /rimozioni sul sito Istituzionale/N° Strutture totali	Area Tecnico scientifica e Area Amministrativa	Almeno il 90%

L’Istituto attraverso le proprie azioni e iniziative mira ad essere un valido supporto dell’immagine dell’Italia nel mondo in materia di sanità pubblica, offrendo un flusso di informazioni di qualità e trasparenza a tutti i portatori di interesse. Una comunicazione in continuo sviluppo per adattarsi ai diversi contenuti informativi da divulgare, all’evoluzione dei nuovi canali comunicativi emergenti e a nuovi scenari esterni. Gli obiettivi 2023 supporteranno il cittadino attraverso servizi diretti e trasversali volti a garantire una corretta e omogenea circolazione dell’informazione. Il sito web istituzionale, i telefoni verdi, il Portale ISSalute, la biblioteca e il Museo di sanità pubblica costituiranno validi canali di diffusione che, congiuntamente all’uso dei mass media, possono consentire al cittadino di partecipare e contribuire al miglioramento continuo nella sanità pubblica. La progettazione delle attività di comunicazione si orienterà da un lato nel rafforzamento della comunicazione digitale dall’altro nella comunicazione diretta e in presenza attraverso servizi quali

telefoni verdi, museo, biblioteca e percorsi scuola, tenendosi sempre aggiornato sulle più svariate dinamiche e tematiche di competenza, creando nuovi percorsi dedicati ai cittadini, e misurando costantemente il livello qualitativo del servizio offerto al fine di identificare possibili gap di servizio e nuove offerte di assistenza. La digitalizzazione dei flussi informativi è ormai diventato un tema di estrema importanza facente parte integrante della mission dell'ente che cerca continuamente di organizzare al meglio i propri siti istituzionali per rendere più efficienti i propri flussi gestionali e di abbattere la disinformazione per diventare un istantaneo punto di riferimento per il cittadino. Caratteristica importante e obiettivo 2023 sarà l'identificazione della popolazione target attraverso lo studio dei nuovi strumenti e media emergenti oltre che un graduale orientamento a una comunicazione sempre più internazionale e rivolta a tutti i segmenti di popolazione attraverso l'introduzione della terza lingua per i propri output. Quotidianamente vengono prodotti nuovi aggiornamenti su risultati delle ricerche e attività ad alto impatto e vengono offerte nuove tematiche generatrici di eventi e corsi di alta formazione e pareri di esperti in ambito salute.

Accrescimento delle competenze dei professionisti del SSN

OBIETTIVO ANNUALE	DIMENSIONE	TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	FORMULA	STUTTURE COINVOLTE	TARGET
Offrire un'attività di formazione rilevante, coerente ed efficace	EFFICACIA	Quantità EROGATA	Ampliare l'offerta formativa in salute pubblica a livello internazionale	N° eventi formativi rivolti a livello internazionale, anche attraverso piattaforme o repository	Area tecnico scientifica	Almeno 3 eventi
		Qualità PERCEPITA	Intraprendere azioni di miglioramento rispetto agli eventi FAD con percentuale di gradimento inferiore al 75% sugli aspetti legati alla piattaforma	Iniziative avviate/feedback ricevuti dal questionario di gradimento 2022	Area tecnico scientifica	90%
	EFFICIENZA	PRODUTTIVA	Garantire eventi di formazione su tematiche dell'agenda dello sviluppo sostenibile 2030	N° eventi realizzati sulle tematiche dell'agenda 2030/TOT eventi formativi	Area tecnico scientifica	>= 50%

La formazione risulta essere uno dei perni cardine delle attività svolte dall'Istituto a livello trasversale. Attraverso le proprie piattaforme, infatti, l'Ente è chiamato a supportare i professionisti sanitari, considerando che l'esperienza della Formazione a Distanza (FAD) acquisita durante la pandemia SARS-CoV-2 e della formazione "blended", hanno confermato come i modelli messi a punto in Istituto siano validi ed efficaci, ma soprattutto hanno evidenziato come siano in grado di

raggiungere in tempi molto brevi (pochi giorni o settimane) decine di migliaia di professionisti in ogni parte del Paese e potenzialmente del globo.

Per il 2023, oltre alla realizzazione di un programma di formazione inerente le varie tematiche di tutela della salute, l'Ente intende affrontare quali siano le esigenze educative del personale sanitario nella risposta alle emergenze che potrebbe includere la collaborazione sulla nomenclatura e sulla classificazione.

Riorganizzazione e aggiornamento della struttura Organizzativa

OBIETTIVO ANNUALE	DIMENSIONE	TIPOLOGI	DESCRIZIONE	FORMULA	STRUTTURE COINVOLTE	TARGET
Sviluppo di attività per l'aggiornamento della struttura gestionale dell'ente	EFFICACIA / EFFICIENZA	GESTIONALE	Grado di attuazione delle misure generali di anticorruzione e trasparenza	Produzione di un report	Area Amministrativa	Entro il 31/12/2023
			Promuovere la circolazione interna delle informazioni quale strumento per incrementare il benessere organizzativo	Almeno 1 comunicazione mensile con tutto il personale dell'ISS	Area Amministrativa e CUG	almeno 10 comunicazioni interne dirette a tutto il personale
			Mappatura e Sviluppo di un progetto informatico per la realizzazione di un sistema integrato di monitoraggio delle varie sezioni del PIAO	Report e inizio integrazioni	Area Amministrativa	Entro il 31/12/2023
			Iniziativa volte alla riduzione dello scostamento tra gli strumenti di programmazione dell'ente e i risultati	Realizzazione delle programmazioni finanziarie collegate al bilancio Previsione	Area Amministrativa	>=80% della programmazione annuale rispetto al biennio di riferimento
			Monitoraggio della produttività dello smart working	Report a matrice sui prodotti-attività dell'Istituto rispetto all'introduzione dello smart working	Area Amministrativa	Entro il 31/12/2023
			Svolgere un'indagine interna per quantificare la riduzione dell'impatto ambientale a seguito dell'implementazione del TL	Report indagine interna riduzione emissioni CO2	Area Amministrativa	Entro il 31/12/2023
			Effettuare internamente test di cybersecurity	N° Test superati/N° Test totali effettuati	Area Amministrativa	>=70%
			Formazione del personale dipendente dell'ISS per rafforzare le competenze individuali in ottica di potenziamento della struttura dell'ente	N° di dipendenti coinvolti in percorsi formativi	Area Amministrativa	100%
			Mappatura dei processi da trasformare digitalmente	Report processi interni	Area Amministrativa	Entro il 31/12/2023

			Trasformazione digitale dei processi interni	N° Processi Trasformati - analizzati/N° Processi Mappati da trasformare digitalmente	Area Amministrativa	almeno 20%
--	--	--	--	--	---------------------	------------

L'Istituto per il 2023 si prefigge di rafforzare la struttura organizzativa per sviluppare attività in grado di migliorare l'efficienza organizzativa dell'Ente per il raggiungimento degli obiettivi di performance. L'istituto continua il suo sforzo nella promozione delle pari opportunità e pone attenzione alla tematica di genere, al fine di creare un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo rispettoso delle diversità. In un'ottica di favorire la creazione di un contesto lavorativo trasparente e improntato all'equilibrio di genere saranno analizzate e programmate idonee iniziative legate al benessere organizzativo oltre che un'indagine mirata al tema della prevenzione di fenomeni corruttivi e tutela della privacy. In particolare, gli obiettivi annuali sono legati prevalentemente all'efficientamento gestionale della struttura in termini informatici con attività volte a garantire in primo luogo la sicurezza dei dati, considerando anche le elevate probabilità di attacchi informatici su dati sensibili, la prosecuzione nella transizione digitale, oltre a misurarsi con lo sviluppo del lavoro agile (LA), quale strumento di benessere organizzativo in grado di incrementare anche la produttività dell'Ente. Tali misurazioni e valutazioni derivano dalla collaborazione che il Politecnico di Milano ha offerto nel corso del 2022 sulle opportunità di sviluppo dell'organizzazione del lavoro basata sullo smart working. Infine, non ultimo, l'obiettivo di realizzare una formazione pianificata del personale dell'Istituto al fine di proseguire nello sviluppo delle competenze individuali quale leva necessaria ed indispensabile per consentire di proseguire nell'opera di creazione di un ente di riferimento per il benessere della salute pubblica.

2.2.3 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 150/2009 la performance individuale è definita come l'insieme del lavoro svolto dai singoli individui dell'organizzazione, ossia, il contributo che il singolo individuo apporta al conseguimento della performance dell'organizzazione. Per quanto riguarda l'Istituto, seppure la necessità di attuare strumenti di riorganizzazione del lavoro pubblico, emersa in maniera predominante a partire dalla contingenza pandemica del 2020, ha determinato una proposta di revisione del precedente sistema di misurazione, che, nel luglio 2021, è stato sottoposto all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini del suo adeguamento senza che lo stesso abbia trovato ad oggi un accoglimento da parte delle OO.SS. Il 2023 sarà quindi inevitabilmente orientato verso tale evoluzione attraverso la condivisione di una nuova proposta di SMVP con tutte le

rappresentanze sindacali, avviando i relativi tavoli di confronto con le OO.SS, cui compete preliminarmente la trattativa per la contrattazione integrativa accessoria del personale dei livelli, e del personale amministrativo dirigenziale, alla cui definizione è subordinato l'accoglimento positivo anche dell'aggiornamento del SMVP. Anche il percorso relativo alla valutazione e misurazione della performance individuale risente del processo di evoluzione del ciclo della performance. Infatti, partendo da una valutazione individuale riferita ai soli dirigenti amministrativi, si intende sviluppare una valutazione di performance collegata al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo, attraverso la contribuzione assicurata alla performance dell'Ente da parte dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate, oltre che ai comportamenti professionali e organizzativi. Tenuto conto dei noti vincoli dettati dalla particolarità degli EPR nel panorama delle PP.AA, "nell'attuale impossibilità di definire criteri generali per l'estensione della valutazione della prestazione professionale per il personale tecnologo e ricercatore e quindi della "performance individuale", così come intesa dal d.lgs. n. 150/2009, quanto dei risultati dell'attività di ricerca e tecnologica, gli Enti Pubblici di Ricerca non si sono complessivamente sbilanciati nell'applicazione dei modelli di valutazione individuale a tutto il personale; del personale dei livelli, sarà considerato quale contributo fornito dai dipendenti alla quota di performance organizzativa assegnata all'unità organizzativa di appartenenza; la stessa dovrà servire a valorizzare il ruolo dei dipendenti, a favorire la loro crescita professionale e a responsabilizzare tutti i livelli di personale nel raggiungimento degli obiettivi dell'Ente.

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

ACRONIMI

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro
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 delle Prestazioni
OO.SS.	Organizzazioni Sindacali
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 della 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 di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca
Contesto interno	Organizzazione interna e gestione operativa di una organizzazione

Evento corruttivo	Insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente
Mappatura dei processi	Individuazione ed analisi dei processi organizzativi
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 delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.
Patto di integrità	Accordi tra una stazione appaltante e i fornitori che partecipano ad una gara o ad una qualunque procedura di affidamento. Le parti si impegnano reciprocamente a conformare i loro comportamenti alla lealtà, trasparenza e correttezza.
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. Le due dimensioni del rischio inerente sono: a) Probabilità: eventualità che il rischio si verifichi b) Impatto: Conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio
Rischio corruttivo Residuo	Entità del rischio corruttivo dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.
<i>Stakeholder</i>	Soggetti, individui od organizzazioni, il cui interesse è negativamente o positivamente influenzato dal risultato della attività di una organizzazione (in questo documento l'ISS)
<i>Whistleblower</i>	Chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza.
<i>Whistleblowing</i>	Procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il <i>whistleblower</i> .

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Legge 6 novembre 2012 n. 190	Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione.
Regolamento UE 2016/679	Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
Decreto legislativo numero 33 del 2013	Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 39 del 2013	Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Decreto legislativo numero 97 del 2016	Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 165 del 2001	Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 150 del 2009	Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 75 del 2017	Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto del Ministero della Salute 02/03/2016	Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106
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

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito indicato anche con l'acronimo PTPCT), ha costituito, nel corso del tempo, il documento con cui l'ISS ha individuato il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione, operando una generale ricognizione dei processi in cui si articola l'attività e indicando le misure volte a prevenire il rischio.

Esso è stato adottato in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, lettera a) della L. 6 novembre 2012, n. 190.

Con 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, è stato previsto che tutti i piani programmatici confluiscono in un unico *“Piano integrato di attività e organizzazione”* nell'ambito del quale siano 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 – poi – individuati i Piani preesistenti che debbono confluire nel citato PIAO, tra i quali, per quanto qui di interesse, si colloca il preesistente Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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”*, definendo 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:

¹ Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, art. 3

“... 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;*
- 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); in modo particolare si è tenuto conto di quanto contenuto nel PNA 2022, uniformandosi alle relative previsioni.

In osservanza delle citate disposizioni vincolanti, la presente sezione è organizzata in tre parti 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:

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

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.

2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Come specificato anche nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 il primo obiettivo generale che va posto è quello del Valore Pubblico in quanto se le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del Valore Pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e la trasparenza sono essenziali per conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono 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, infatti, a generare Valore Pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

In altre parole, le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del Valore Pubblico ma esse stesse sono produttive di valore pubblico e strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica del Paese.

L'obiettivo più generale della creazione di Valore Pubblico è poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Gli obiettivi strategici programmati dall'organo di indirizzo e riportati nel Piano Triennale di Attività 2023-2025 sono di fatto funzionali alle strategie di creazione del Valore Pubblico.

Pur in tale logica e in quella di integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza mantengono però una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Con riferimento agli obiettivi di valore pubblico indicati nell'apposita parte del PIAO e tenendo in giusta considerazione le risultanze del monitoraggio effettuato sul precedente ciclo di gestione del rischio corruttivo, l'organo di indirizzo politico ha ritenuto, per il triennio 2023-25, di individuare i seguenti obiettivi strategici:

Obiettivo n.1 - Titolo: Anticorruzione. Messa a punto di un programma di formazione costante generale e specifica in materia di anticorruzione e trasparenza.

Descrizione: Previsione, nel più ampio programma di formazione dell'Ente, di una specifica formazione in materia di anticorruzione e trasparenza al fine di innalzare il livello qualitativo delle specifiche competenze dei dipendenti dell'ISS.

Durata: triennale

Obiettivo n. 2 - Titolo: Anticorruzione. Implementazione delle funzionalità della Piattaforma Informatica Anticorruzione.

Descrizione: Prevedere tra le funzionalità della piattaforma la possibilità di effettuare il monitoraggio di secondo livello sull'applicazione delle misure di contenimento.

Durata: annuale

Obiettivo n. 3 - Titolo: Anticorruzione. Attività di sorveglianza in materia di accesso civico semplice e generalizzato.

Descrizione: Partendo da una analisi del flusso documentale generato dalle istanze di accesso civico in ingresso in ISS, programmare, un'attività di sorveglianza sui riscontri, da effettuare a cura dell'Ufficio Dirigenziale competente, al fine di evitare la generazione di contenzioso.

Durata: annuale

Obiettivo n. 4 - Titolo: Anticorruzione. Implementazione delle attività di comunicazione interna tra RPCT e Referenti Anticorruzione

Descrizione: Organizzazione di riunioni "tematiche" operative, da realizzarsi anche in modalità telematica, con il duplice fine di raccogliere informazioni utili per migliorare la strategia di prevenzione e dare supporto operativo ai Referenti Anticorruzione.

Durata: triennale

Obiettivo n. 5 - Titolo: Trasparenza. Indagine sul bilanciamento Trasparenza e Privacy in ISS

Descrizione: Con il necessario coinvolgimento del Responsabile della Protezione dati dell'ISS, revisione della modulistica utilizzata per adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza e verifica che sia redatta nel pieno rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nel Regolamento UE 2016/679.

Durata: annuale

Obiettivo n. 6 - Titolo: Trasparenza. Monitoraggio trimestrale livelli di trasparenza.

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

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

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

Durata: annuale

2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI

Le figure che intervengono nel processo di formazione ed attuazione delle misure di prevenzione della corruzione sono diverse, 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.

Con la creazione della rete di collaborazione si è attuato un sistema che mira al coinvolgimento e alla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione.

La rete di collaborazione risponde all'esigenza di perseguire un'efficace condotta di prevenzione della corruzione attraverso 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 all'interno di ciascuna amministrazione svolge un ruolo trasversale e, allo stesso tempo, d'impulso e coordinamento del sistema di prevenzione della corruzione. Esso è chiamato anche a verificarne 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:

- Predisporre 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;
- 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;
- Essere destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente;
- 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 inconferibilità 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.

L'incarico di RPCT, precedentemente affidato al Dott. Antonio Caliendo in forza della deliberazione n. 4 allegata al verbale n. 48 della seduta del Consiglio di Amministrazione del 03.06.2021, è giunto a scadenza il 31 ottobre 2022, data coincidente con la risoluzione del rapporto di lavoro per collocamento a riposo per raggiunti limiti di età.

Preso atto della necessità di assicurare senza interruzione l'incarico di RPCT e valutato il possesso dei requisiti previsti dalla legge 190/2012 e dalle indicazioni fornite dall'Autorità Anticorruzione da ultimo nella circolare del 02 febbraio 2022, il Consiglio di Amministrazione di questo Ente, con deliberazione n. 9 allegata al verbale 60 della seduta del 27 ottobre 2022, ha nominato RPCT dell'ISS

la dott.ssa Francesca LA ROSA, dirigente di II fascia con contratto di lavoro a tempo indeterminato, per la durata di un triennio a far data dal 01 novembre 2022.

Affinché il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività l'Organo di indirizzo ha assicurato al RPCT l'esercizio pieno ed effettivo dei poteri dotandolo di una struttura organizzativa idonea e proporzionata, con adeguato personale.

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 n. 12 del 27 dicembre 2022.

I membri della Struttura di Supporto sono stati scelti dal RPCT prevalentemente confermando la composizione della Struttura che aveva collaborato con il precedente Responsabile. Si è ritenuto che la professionalità mostrata e le competenze acquisite anche attraverso percorsi formativi specifici non dovesse essere dispersa anche e soprattutto al fine di dare continuità all'attività di supporto.

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

- N. 1 Dirigente Amministrativo
- n.3 Funzionari di Amministrazione
- n. 1 Tecnologo
- n. 3 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.

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.

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.

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

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

Nel PNA si fa spesso riferimento al collegamento tra anticorruzione e *performance* e si suggerisce che il Responsabile del Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione, nella definizione degli indicatori specifici di *performance*, preveda anche il grado di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

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).

In osservanza di quanto previsto dalla citata delibera e dal Comunicato ANAC del 28/10/2013, la figura di RASA è stata individuata nella persona del Dirigente dell'Ufficio IV, Contratti della Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche, Dott. Alessandro Valente.

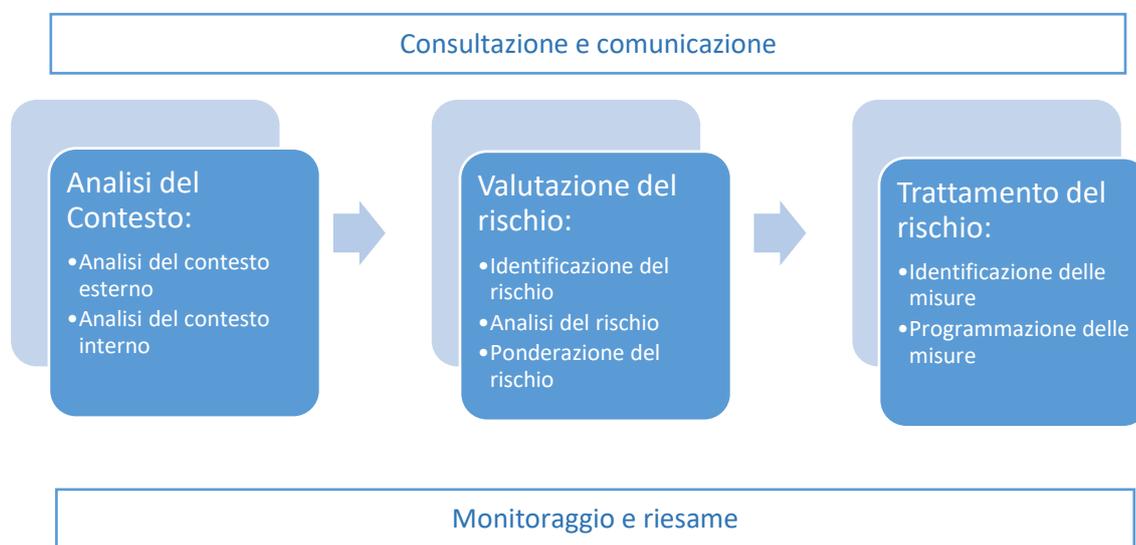
2.3.3 IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

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

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

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio ed il trattamento del rischio a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali: la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame.

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.



L'ISS, per gestire i dati relativi al ciclo di gestione del rischio corruttivo ed il flusso informativo con le Strutture, si è dotato di una piattaforma informatica resa disponibile ai Referenti nella sezione *intranet* del sito istituzionale.

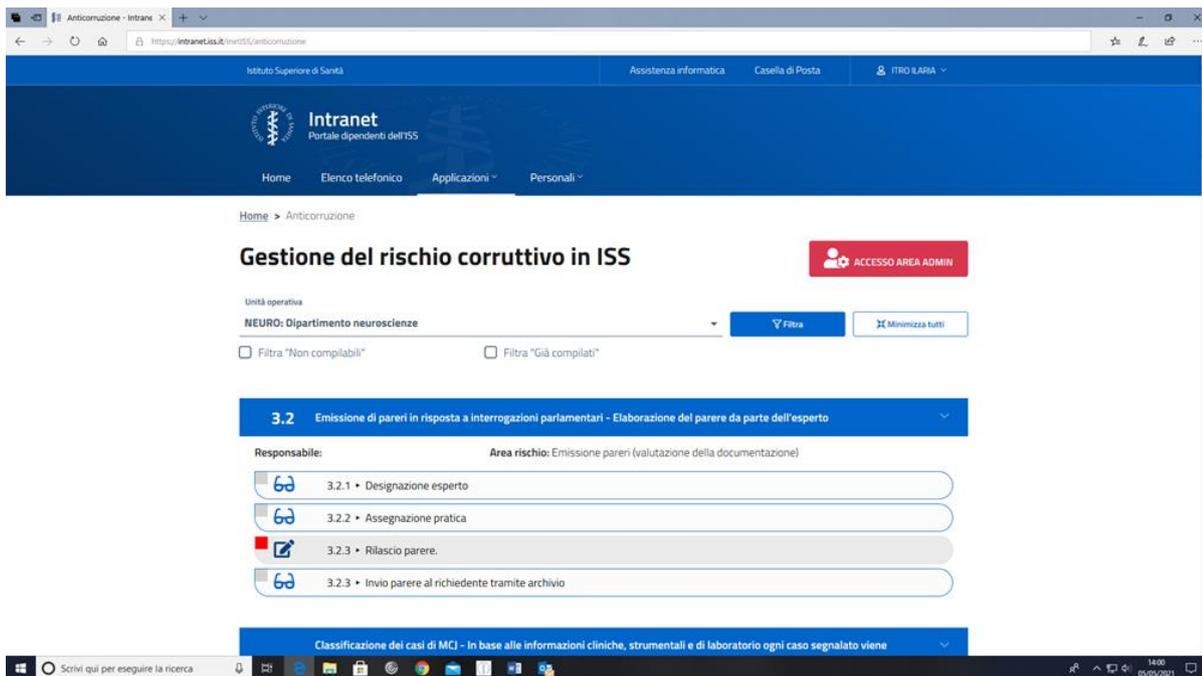


Figura Piattaforma informatica – sezione relativa alla mappatura dei processi e suddivisione in fasi

I vantaggi che l’adozione di una piattaforma informatica ha comportato nella gestione delle attività inerenti il ciclo di gestione del rischio corruttivo in ISS sono stati da subito molto evidenti.

Il primo tra tanti è stato quello 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.

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.

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;
- 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 presentati nell’**ALLEGATO 1 al PIAO 2023-25** “*Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell’Istituto Superiore di Sanità*”.

2.3.3.1 FUNZIONALITA' DELLA PIATTAFORMA INFORMATICA ANTICORRUZIONE

La piattaforma informatica anticorruzione dell'ISS è stata ideata dalla Struttura di Supporto al RPCT e realizzata dal Settore Informatico dell'ISS. Realizzata nel 2020, testata nel 2021, è andata a regime nell'anno 2022.

Alla piattaforma si accede dal portale dei dipendenti dell'ISS (*intranet*): <https://intranet.iss.it/inetISS/>
Sono abilitati ad accedere alla piattaforma i Referenti Anticorruzione ed i loro delegati.

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

- ✓ la descrizione
- ✓ il soggetto che svolge l'attività
- ✓ l'individuazione del rischio nella fase ed il grado di rischio.
- ✓ la misura di contenimento individuata

Le fasi sono contraddistinte anche da colori, secondo il grado di rischio individuato mediante l'applicazione dello *strumento di misurazione del rischio dell'ISS*:

- verde per rischio basso
- giallo per rischio medio
- rosso per rischio alto
- grigio per rischio non presente

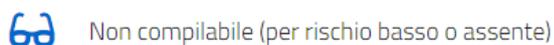
Sulla base del grado di rischio individuato le varie fasi si presentano:

da aggiornare quando il rischio individuato è medio o alto:



oppure

da non aggiornare quando il grado di rischio è basso o assente:



Su quelle fasi che risultano “da aggiornare” i Referenti opereranno direttamente sulla Piattaforma e si occuperanno di aggiornare le seguenti sezioni:

- 1) Misura di contenimento
- 2) Indicatore di Monitoraggio
- 3) Responsabile della attuazione della misura
- 4) Tempistica di attuazione

5) Grado di applicazione della misura di contenimento

2.3.3.2 IMPATTO CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

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 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.

L'analisi del contesto esterno ed interno rientra tra le attività necessarie per calibrare le misure di prevenzione della corruzione.

L'analisi del contesto esterno restituisce all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'Ente opera.

L'altro elemento fondamentale rappresentato dall'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati all'organizzazione che alla gestione dei processi

Contesto esterno

Come meglio evidenziato nell'analisi del contesto esterno presentata nella Sezione 1 del presente PIAO l'Istituto, nell'ambito della ricerca nazionale, si colloca in un contesto di collaborazione e integrazione con una varietà di enti ed istituzioni quali gli altri enti di ricerca, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS), gli enti territoriali (Regioni, province, comuni), le Agenzie Nazionali.

Nell'ambito della ricerca internazionale, l'Istituto mantiene collaborazioni scientifiche con Paesi e partner di tutto il Mondo e partecipa ai bandi competitivi della Commissione Europea sia inerenti la ricerca (Programmi quadro di ricerca e sviluppo) che di sanità pubblica (Health Programme e bandi ECDC); in ambito europeo, l'ISS, su mandato del Ministero della Salute e del Ministero della Ricerca, rappresenta il Paese in tre infrastrutture di ricerca europee nel campo delle Scienze Biomediche e della Salute (European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine -EATRIS, European Clinical Research Infrastructures Network - ECRIN e Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure – BBMRI), di cui l'ISS è sede dei nodi nazionali e segretariati tecnico gestionali. L'Istituto partecipa inoltre come partner alla European Life-science Infrastructure for Biological Information (ELIXIR) e a METROFOOD, dedicata alla ricerca scientifica nel campo della qualità e sicurezza alimentare e alla metrologia per alimenti e nutrizione.

Ulteriori collaborazioni sono attivate con le università, le agenzie e le controparti tecnico-scientifiche istituzionali di Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), i Paesi in via di sviluppo e in transizione.

La platea dei soggetti testimonia la notevole complessità ed ampiezza delle materie trattate.

Le collaborazioni con i soggetti elencati si traducono in fonti di finanziamento, come evidenziato nella parte relativa al contesto interno.

Contesto interno – La mappatura dei processi

Ai fini della prevenzione della corruzione la mappatura dei processi è l'aspetto centrale e il più importante dell'analisi del contesto interno poiché permette di identificare i punti vulnerabili in cui si potrebbe annidare un rischio corruttivo. La formulazione di un'adeguata mappatura incide quindi sulla qualità complessiva del ciclo di gestione del rischio

Peraltro la mappatura dei processi può costituire anche uno strumento di gestione volto al miglioramento dell'intera attività di ogni amministrazione perché tale analisi può evidenziare duplicazioni ed inefficienze delle attività.

Il lavoro capillare di mappatura, che ha via via interessato tutte le Strutture dell'ISS, così come individuate nel Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS approvato con DM 02/03/2016, permette una analisi non solo dell'intero processo ma di ogni singola fase in cui il processo si articola individuandone i relativi responsabili.

I dati relativi alla mappatura dei processi hanno creato la base per la realizzazione della piattaforma informatica anticorruzione, la cui funzionalità, andata ormai a regime, permette la gestione dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo (vedi paragrafo dedicato).

Le risultanze del lavoro di mappatura dei processi sono incluse nell'ALLEGATO 1 al PIAO "*Analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo dell'Istituto Superiore di Sanità*", generato con il consolidamento dei dati presenti in piattaforma.

Le aree di attività individuate in seguito al lavoro di mappatura sono di seguito elencate.

Aree di attività tecnico scientifiche:

- Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad. AIFA/Ministero/Regioni, Analisi di revisione ecc.)
- Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release)
- Emissione pareri (valutazione della documentazione)
- Attività ispettiva (coordinata dall'ISS)
- Attività ispettiva (coordinata da ente esterno all'ISS)
- Incontri tecnici e Commissioni, Attività di produzione e valutazione di linee guida HTA
- Procedure autorizzative e certificative

- Consulenze tecnico-scientifiche, tavoli di lavoro
- Sfruttamento dei risultati della ricerca scientifica con trasferimento a terzi di conoscenze con potenziale impatto economico; proprietà intellettuale (spin off) Attività brevettuale
- Allocazione organi (attività del CNT)
- Gestione archivi e banche dati
- Partecipazione a bandi di ricerca, progetti/convenzioni finanziati da Enti pubblici o privati
- Attività di Ricerca Scientifica
- Diagnostica
- Partecipazione ad indagini statistiche
- Risposte a quesiti posti da Istituzioni pubbliche
- Promozione coordinamento della partecipazione dell'ISS a bandi di ricerca finanziati da Enti Nazionali e Internazionali art. 15 decreto 02 marzo 2016
- Importazione ed esportazione del sangue umano e dei suoi prodotti (attività del CNS)
- Compensazione emocomponenti (attività del CNS)
- Coordinamento misure per autosufficienza (attività del CNS)
- Acquisto di beni e servizi
- Attività di supporto alla ricerca
- Gestione del personale nelle Strutture
- Relazioni Esterne e Rapporti internazionali
- Coordinamento eventi formativi e divulgazione scientifica
- Rapporti con la stampa

Aree di attività Amministrative:

- Rapporti con le Organizzazioni Sindacali
- Rapporti con gli Organi Collegiali
- Attività di consulenza giuridica
- Attività di coordinamento dell'applicazione normativa in materia di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi
- Archivio e protocollazione documenti
- Relazioni con l'associazione dei dipendenti dell'ISS
- Smistamento posta in entrata ed uscita dall'ISS
- Autorizzazione Incarichi
- Attribuzione indennità
- Conservazione fascicoli del personale
- Predisposizione bilanci preventivi e consuntivi
- Attuazione dei sistemi di scrittura contabile, controllo atti di impegno, spesa, pagamenti e riscossioni
- Rapporti con la tesoreria
- Gestione ufficio cassa, servizi a pagamento
- Gestione settore fiscale e previdenziale
- Contenzioso del lavoro
- Procedimenti disciplinari
- Procedure di gara
- Gestione servizi manutentivi
- Contratti, servizi e spese in economia
- Procedure aperte e ristrette per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori
- Procedure negoziate per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori

- Stipulazione, approvazione ed esecuzione contratti
- Gestione albo fornitori
- Gestione spese per convegni, congressi, manifestazioni scientifiche
- Contratti all'estero
- Gestione ufficio del Consegnatario
- Attività di reclutamento personale a tempo indeterminato e determinato
- Conferimento borse di studio
- Attività di formazione dei dipendenti dell'ISS
- Attività di gestione afferente agli accordi di collaborazione ed i contratti di ricerca
- Attività di gestione correlata agli incarichi di collaborazione a valere su fondi di programmi di ricerca
- Adempimenti pertinenti l'attività brevettuale
- Adempimenti amministrativi in materia di partecipazione a società, consorzi, associazioni
- Progressioni di carriera
- *Performance* e controllo di gestione
- Sistemi informatici
- Sorveglianza e controllo accessi
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Sorveglianza sanitaria
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Gestione delle emergenze
- Denunce INAIL

Le aree di attività individuate a seguito della mappatura dei processi rappresentano in modo completo tutti i campi di azione dell'Ente e ne descrivono la sua peculiarità quale Ente di Ricerca autorevole.

L'obiettivo che ci si era posti di esaminare gradualmente l'intera attività dell'Ente anche al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, potessero risultare potenzialmente esposte a rischi corruttivi, si può considerare raggiunto.

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.

Tuttavia, il lavoro così capillare di mappatura ha involontariamente causato un difetto formale nell'attività di rendicontazione operata sulla Piattaforma di Acquisizione dei Piani messa a disposizione degli RPCT dall'Autorità Nazionale Anticorruzione ed utilizzata anche per la redazione della Relazione Annuale del RPCT.

L'ANAC, tramite l'inserimento dei dati nella sua Piattaforma, ha limitato la rappresentazione delle attività alle seguenti aree, considerate trasversalmente valide per tutte le Amministrazioni:

- Concorsi e prove selettive
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica
- Contratti pubblici

- Incarichi e nomine
- Gestione delle entrate, spese e patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Affari legali e contenzioso.

Il sistema informatico dell'ANAC permette inoltre ad ogni Amministrazione la possibilità di inserire ulteriori 5 aree tipiche dell'attività svolta su cui effettuare la rendicontazione.

Il RPCT dell'ISS ha ritenuto opportuno, tra tutte le aree di attività tipiche risultanti dal lavoro di mappatura effettuato a cura delle singole Strutture ISS, l'inserimento di 5 aree maggiormente rappresentative del proprio settore di attività e più ricorrenti nel lavoro di mappatura. Le aree inserite sono le seguenti:

- Emissione pareri
- Procedure autorizzative e certificative
- Incontri tecnici, commissioni, consulenze tecnico scientifiche, tavoli di lavoro
- Gestione archivi e banche dati
- Attività di ricerca scientifica

Ne deriva che alcune aree di attività sono di fatto rimaste escluse dalla rendicontazione effettuata sul sito dell'ANAC. Tuttavia, si ritiene che le aree di attività rendicontate possano essere ampiamente sufficienti a rappresentare l'attività complessiva dell'Ente.

Nel corso del monitoraggio costante effettuato a cura del RPCT e della sua Struttura di Supporto è emerso come l'attività di acquisizione di beni e servizi fosse stata scarsamente mappata dalle Strutture Scientifiche, nonostante alcune fasi di tale processo fossero gestite in maniera decentrata proprio dalle suddette Strutture.

Si è proceduto, pertanto, nel corso dell'anno 2022, a mappare d'ufficio due processi: *Acquisizione di beni e servizi di importo \leq 40.000,00 sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA)* e *Acquisizioni di beni e servizi \leq 40.000,00 fuori MePA* e ad inserirli nella mappatura dei Dipartimenti, Centri e Servizi.

Di seguito il dettaglio dei due processi, con il dettaglio delle fasi:

Acquisizione di beni e servizi di importo \leq 40.000,00 sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA)_ Procedure amministrative per l'affidamento diretto ad Operatore Economico di forniture di beni e servizi attraverso il MePA

Responsabile: Responsabile del Procedimento / DRUE

Area rischio: Acquisto di beni e servizi

Fasi:

- 1 ▶ Manifestazione della necessità dell'acquisizione del/i bene/i o del/i servizio/i da parte del personale della struttura
 - 2 ▶ Verifica preliminare dei costi indicativi del/i bene/i o del/i servizio/i da parte del referente di struttura
 - 3 ▶ Richiesta e verifica dell'eleggibilità della spesa
 - 4 ▶ Verifica dell'eleggibilità della spesa
 - 5 ▶ Attivazione della procedura di affidamento tramite predisposizione DLC e nomina RUP
 - 6 ▶ Richiesta preventivo/i a singolo OE tramite o a più OE tramite MePA
 - 7 ▶ Verifica offerta/e ed aggiudicazione tramite MePA
 - 8 ▶ Stipula del contratto Tramite MePA
 - 9 ▶ Esecuzione della fornitura/servizio
 - 10 ▶ Emissione regolare esecuzione della fornitura/servizio
-

Acquisizioni di beni e servizi \leq 40.000,00 fuori MePA_Procedure amministrative per l'affidamento diretto ad OE di forniture di beni e servizi attraverso Non presenti nel MePA

Responsabile: Responsabile del Procedimento / DRUE

Area rischio: Acquisto di beni e servizi

- 1 ▶ Manifestazione della necessità dell'acquisizione del/i bene/i o del/i servizio/i da parte del personale della struttura
 - 2 ▶ Verifica preliminare dei costi indicativi del/i bene/i o del/i servizio/i da parte del referente di struttura
 - 3 ▶ Richiesta e verifica dell'eleggibilità della spesa
 - 4 ▶ Verifica dell'eleggibilità della spesa
 - 5 ▶ Attivazione della procedura di affidamento tramite predisposizione DLC e nomina RUP
 - 6 ▶ Indagine di mercato e Richiesta preventivo/i a singolo OE o a più OE
 - 7 ▶ Verifica offerta/e
 - 8 ▶ Affidamento tramite lettera contratto
 - 9 ▶ Esecuzione della fornitura/servizio
 - 10 ▶ Emissione regolare esecuzione della fornitura/servizio
-

Su entrambi i processi le Strutture dovranno rendicontare, in fase di monitoraggio, sull'applicazione delle misure di contenimento del rischio suggerite o, in alternativa, individuarne altre.

Occorre evidenziare che l'Autorità Nazionale Anticorruzione nel PNA 2022 ha dedicato un focus alla materia contrattualistica evidenziando come la disciplina sui contratti pubblici sia stata investita, negli anni recenti, da una serie di interventi legislativi di carattere speciale e derogatorio per fronteggiare le ricadute economiche negative a seguito delle misure di contenimento e dell'emergenza sanitaria globale da COVID-1.

Tale insieme di norme ha creato, secondo Anac, una legislazione "speciale", complessa e non sempre chiara, con il conseguente rischio di amplificare i rischi corruttivi e di cattiva amministrazione tipici

dei contratti pubblici. Da qui l'importanza di presidiare con misure di prevenzione della corruzione tutti gli affidamenti in deroga alla luce delle disposizioni normative richiamate.

Anche in attesa della definitiva approvazione del Nuovo Codice degli Appalti, l'ISS si procederà nell'anno 2023, in collaborazione con i competenti uffici, ad una revisione della mappatura dei processi inerenti l'attività contrattualistica, ispirandosi alla *“Tabella 12 - Esempificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione”* contenuta nella sezione contratti del Piano Nazionale Anticorruzione.

Non da ultimo, l'Autorità Nazionale Anticorruzione, sempre attraverso il PNA 2022, raccomanda alle amministrazioni di *“concentrarsi sui processi in cui sono gestite risorse finanziarie, in primo luogo del PNRR e dei fondi strutturali”* tuttavia sottolinea anche che *“rimane comunque la necessità che siano presidiati da misure idonee di prevenzione anche tutti quei processi che, pur non direttamente collegati alla gestione delle risorse del PNRR e dei fondi strutturali., per le caratteristiche proprie del contesto interno o esterno, presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi. Diversamente si rischierebbe di erodere proprio il valore pubblico a cui le politiche di prevenzione e lo stesso PNRR sono rivolti”*. Saranno pertanto invitate le Strutture ad adeguarsi a tali prescrizioni includendo nelle proprie mappature quei processi in cui sono gestiti fondi del PNRR.

Nel corso del 2023 ci si propone, inoltre, di ampliare il lavoro di mappatura analizzando i processi in capo alle Strutture di Missione Temporanea ed in capo alle Segreterie di Presidenza e Direzione Generale ed adeguare le mappature dei processi alle modifiche organizzative che *medio tempore* interverranno.

2.3.4 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

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

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l’identificazione;
- l’analisi;
- la ponderazione.

2.3.4.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

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

Le Strutture dell’ISS, successivamente alla mappatura dei processi, hanno provveduto ad analizzare gli eventi di natura corruttiva che avrebbero potuto verificarsi in relazione alle fasi dei processi.

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.

2.3.4.2 ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO

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, già a partire dall’anno 2020 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.

Il sistema utilizza indici costituiti da una domanda derivante da un descrittore dell'attività.

Sono quindi stati individuati 3 indici per la probabilità di rischio in relazione alle caratteristiche della fase e 3 indici per l'impatto del rischio sulla fase stessa.

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).

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

- Discrezionalità/Potere

In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?

- Rilevanza esterna

Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?

- Complessità processo

Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?

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

- Impatto reputazionale

Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?

- Impatto economico

Come valuti l'impatto economico della fase?

- Impatto organizzativo

A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?

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

- Alto
- Medio
- Basso

Di seguito si riporta la rappresentazione grafica complessiva del sistema di valutazione con le indicazioni per la sua applicazione pratica.

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'										
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	Indicatori	IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scale valori n. 1)	IMPATTO	valore	IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scale valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna 4) ed il valore dell'impatto (colonna 9) vedi scale valori n. 2)
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è di discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A	B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A		
		2	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è di discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A	B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A		
		3	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è di discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A	B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A		
		4	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è di discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A	B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A		
		...	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è di discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B M A	B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B M A		

Nella figura seguente si evidenzia il metodo di risposta agli indicatori proposti :

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

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:

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

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.

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)

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

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

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

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

2.3.4.3. 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.

2.3.5 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 sensibilizzazione e partecipazione
- misure di rotazione
- misure di segnalazione e protezione
- misure di disciplina del conflitto di interessi
- misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari “*lobbies*”

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 2023-25.

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 del 2022 il monitoraggio di primo livello da parte delle Strutture è avvenuto nel mese di novembre.

Il monitoraggio di II livello è stato eseguito dal RPCT a conclusione del ciclo 2022 utilizzando la tecnica del c.d. “campionamento ragionato” (all. 1 al PNA 2019) analizzando a campione per ogni Struttura, una fase di un singolo processo nella quale fosse stato individuato un rischio di livello alto o medio. Ovviamente si è scelto di monitorare un processo diverso da quello che è stato oggetto di monitoraggio di secondo livello nel ciclo precedente (anno 2021).

Per quella specifica fase è stato chiesto di fornire la documentazione a supporto dell’effettiva applicazione della misura.

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

2.3.6 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.

2.3.6.1 CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS

Come noto, ogni Amministrazione deve dotarsi di un proprio codice di comportamento e ciò in conformità con quanto stabilito dalla normativa di riferimento, e, in particolare, dall'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, dal D.P.R n. 62/2013, nonché dalle delibere dell'Autorità di settore (Autorità Nazionale Anticorruzione ANAC), la quale, da ultimo, con la delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 ha invitato le Amministrazioni Pubbliche a rivedere i propri codici di condotta avendone rilevato la mancanza di specificità rispetto al codice nazionale.

A ciò si aggiunga che, con il recente Decreto Legge 36/2022, convertito, con modificazioni, nella Legge 29 giugno 2022 n. 79, è stato previsto un doveroso aggiornamento dei codici con l'inserimento di una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media, assegnando a tutte le amministrazioni il termine del 31.12.2022 per la adozione dei nuovi codici.

L'Istituto era già dotato di un proprio codice di comportamento, approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 16 del 9 ottobre 2018, che, in virtù di quanto sopra espresso, è stato necessario aggiornare.

Per quanto attiene al procedimento di formazione del codice, in conformità con quanto disposto dall'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. già citato “...ciascuna pubblica amministrazione definisce, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio codice di comportamento che integra e specifica il codice di comportamento di cui al comma 1..”.

La delibera ANAC n. 177 citata disciplina il procedimento di formazione del codice, soffermandosi sulla necessità che sia redatta una prima bozza di codice (che integra e specifica i doveri del codice nazionale) che va sottoposta dal RPCT all'organo di indirizzo politico, perché adotti una deliberazione preliminare, da sottoporre a procedura partecipativa.

In ottemperanza a tale previsione è stato sottoposto all'attenzione del Consiglio di Amministrazione dell'Ente, nella seduta del 26 luglio 2022, il nuovo testo del codice di comportamento, predisposto per consentire l'adeguamento del codice vigente alle modifiche introdotte con la sopra citata deliberazione n. 177 dell'ANAC nonché per renderlo conforme a quanto previsto dal D.L. n. 36/2022. Il documento proposto è stato dal Consiglio approvato in via preliminare con deliberazione n. 7 allegata al verbale n. 59 del 26 luglio 2022.

Sul documento l'Organismo Indipendente di Valutazione ha reso parere favorevole.

La medesima Autorità di settore, poi, nella delibera sopra citata, stabilisce che si adotti una procedura partecipativa, dando modo ai soggetti interessati di formulare le proprie osservazioni e le proprie proposte di modificazioni ed integrazioni del documento predisposto.

In osservanza di tale previsione, pertanto, è stato dato avvio alla “fase di partecipazione aperta” mediante la pubblicazione del documento in versione editabile sul sito internet dell'Ente.

È stata data inoltre informativa a mezzo *e-mail* indirizzata a tutti i dipendenti dell'Ente con indicazione di far pervenire, ad un indirizzo di posta elettronica a ciò dedicato, eventuali osservazioni. Il documento è rimasto in consultazione per un periodo di 30 giorni dal 09 novembre al 09 dicembre 2022.

In tal modo è stata garantita la massima partecipazione dei dipendenti dell'Amministrazione, favorendo l'adeguata comprensione del contesto e delle finalità del Codice.

Pervenute n. 5 osservazioni nel termine stabilito, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla loro analisi, ed ove riscontratane la compatibilità con le tematiche oggetto del codice di comportamento, ha provveduto al loro inserimento, accogliendone la relativa previsione.

Tutto ciò premesso, completato il procedimento di formazione del codice di comportamento mediante l'espletamento di tutte le fasi previste dalla norma, così come sopra richiamate, il testo del nuovo Codice è stato sottoposto all'attenzione del Consiglio di Amministrazione che, nella seduta del 21 dicembre 2022, ha approvato il testo definitivo.

Per quanto riguarda le misure che garantiscano l'attuazione del codice, si procederà nel corso della vigenza annuale del presente documento, alla verifica, in sede di monitoraggio di I° livello, circa la avvenuta acquisizione da parte delle Strutture delle dichiarazioni di interessi, nonché, in fase di monitoraggio di II° livello, alla richiesta alle Strutture di un campione delle predette dichiarazioni con l'eventuale coinvolgimento della struttura di valutazione interdisciplinare di cui all'art. 18 del codice.

In considerazione della rilevanza della materia, ed al fine di coinvolgere nei relativi adempimenti tutte le Strutture in cui si articola l'Ente, si procederà ad effettuare tavoli di lavoro ad hoc con i Referenti.

2.3.6.2 MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

All'interno del Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ISS è ricompresa una specifica sezione sulla disciplina del conflitto d'interessi, questo anche per la necessità evidenziata nella delibera ANAC 158 del 30 marzo 2022 che la normazione interna sul conflitto di interessi avesse una collocazione univoca in un atto cogente, la cui violazione avesse rilievo disciplinare.

Nella sezione del conflitto di interessi all'interno del Codice di comportamento sono illustrate le occasioni in cui è necessario che il personale presenti le dichiarazioni di interessi ed è resa disponibile la modulistica da utilizzare nonché è esplicitata la procedura riservata al Capo Struttura per la valutazione del livello di rischio di conflitto di interessi. Tale valutazione si conclude con l'assegnazione di un grado di rischio assente, irrilevante, moderato o elevato.

Nei casi di particolare complessità di individuazione del conflitto, su richiesta formale e motivata del capo struttura si riunisce la Struttura di Valutazione, nominata dal Presidente dell'ISS.

2.3.6.3 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-bis) 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.

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, presentandosi essi come simili o identici a quelli precedentemente autorizzati (con lo stesso committente), non può ravvisarsi il necessario carattere di occasionalità.

Sono rilevabili aspetti critici che si ritiene individuare di seguito:

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

Altre criticità sono riconducibili a:

- 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 del personale e relazioni sindacali ha adottato una specifica modulistica per la richiesta ed il rilascio di autorizzazione da compilare da parte del dipendente interessato.

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

L'Ufficio effettua il monitoraggio circa il corretto adempimento delle procedure nonché attività di verifica 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 che, quanto dichiarato, sia accompagnato da presa di visione ed assenso da parte del Direttore della Struttura di appartenenza;
- verifica, sulla base della dichiarazione e della documentazione prodotta dall'interessato e di altri elementi all'occorrenza disponibili, che non sussistano 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) per i quali si ravvisi un conflitto di interesse anche solo potenziale;
 - 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 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.

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 di secondo livello, si procederà:

- agli accertamenti sulla verifica in concreto da parte del competente Ufficio della 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 la avvenuta verifica, 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.

2.3.6.4 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 ed 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 con gli interessi pubblici.

INCOMPATIBILITA'

La incompatibilità è prevista per tutti i dipendenti pubblici dall'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 : "Incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi" che stabilisce in via di principio che i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito dagli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, (Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato).

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

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

INCONFERIBILITA'

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

Il Dlgs 39/2013 prevede che gli incarichi di responsabilità amministrativa non possano essere conferiti, in modo permanente o temporaneo, “a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico;”.

RIMEDI

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

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

Nel periodo di vigenza del presente Piano si proseguirà con la acquisizione delle autodichiarazioni attestanti la insussistenza di cause di inconfiribilità ed incompatibilità alle quali sarà unito l'elenco degli incarichi ricoperti dal soggetto cui è conferito l'incarico.

Il RPCT coadiuvato dalla Struttura di Supporto, procederà, con cadenza semestrale, al controllo su un campione delle autodichiarazioni acquisite.

Il controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese verrà effettuato sulla base della documentazione presentata; nell'ipotesi in cui si rendesse necessario procedere ad ulteriori approfondimenti, verrà richiesta la documentazione integrativa anche agli enti pubblici e/o privati che detengono le informazioni necessarie all'espletamento del controllo; potrà, inoltre, essere instaurato contraddittorio con il soggetto interessato al fine di acquisire ulteriori informazioni.

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

Nell'ipotesi in cui, dai controlli effettuati, si riscontri la falsità di una o più dichiarazioni rese, il soggetto che ha rilasciato tale dichiarazione è 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.

Le auto-dichiarazioni citate saranno – altresì - pubblicate nella sezione Amministrazione trasparente, sotto sezione “Personale” - “Dirigenti”, in conformità con quanto disposto dal D.Lgs 33/2013 e smi.

2.3.6.6 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 inconferibilità 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 preconstituirsì 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.

Nel PNA 2022 l’ANAC ha invitato le amministrazioni pubbliche a prevedere nelle sezioni anticorruzione e trasparenza del PIAO adeguati strumenti e modalità per assicurare il rispetto di tale istituto anche attraverso un’attività di verifica.

Al fine di contenere il rischio di *pantouflage* in ISS sono previste le seguenti misure:

- inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificatamente il divieto di *pantouflage*;
- previsione, nella comunicazione che l’amministrazione invia al dipendente per il collocamento a riposo per limiti di età, di specifico riferimento al divieto di *pantouflage*.
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato

contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'autorità ai sensi dell'art. 71 del D.lgs. n. 50/2016;

In attesa da parte di ANAC di ulteriori specifiche linee guida e/o atti volti a chiarire i vari aspetti sia sostanziali che procedurali, nel corso del 2023 si ritiene di poter ampliare le misure già previste prevedendo che i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ente al momento di cessazione dal servizio o dall'incarico sottoscrivano una dichiarazione con la quale si impegnino:

- 1) al rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- 2) a comunicare, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, l'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro.

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

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

A tal fine risulta necessario, tramite i competenti Uffici, di:

1. verificare che i soggetti condannati per i reati sopra indicati non siano assegnati ad uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
2. chiedere semestralmente ai Direttori delle strutture competenti per materia specifici report concernenti l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni, e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di:
 - a) scelta del contraente per l'affidamento di lavori servizi e forniture;
 - b) concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici.

3. verificare al proprio interno l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di accesso o selezione all'impiego e successive progressioni di carriera.

2.3.6.8 ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DELL'ISS

L'art. 1 comma 5, lett. b) dell 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, aspetto quest'ultimo peraltro evidenziato anche nella delibera ANAC n. 13 del 04 febbraio 2015.

L'analisi di gestione del rischio corruttivo e più in particolare la fase di monitoraggio delle misure di contenimento, di cui si è data evidenza anche nella Relazione Annuale del RPCT 2022, ha evidenziato come fosse necessaria, nell'ambito di talune specifiche attività dell'ISS considerate al alto rischio corruzione, la previsione di un meccanismo sistematico di rotazione del personale.

Tale rotazione, anche se di fatto già attuata dalla maggior parte delle Strutture ISS, non risponde ad un principio di sistematicità.

Regolamentare la misura permetterebbe un puntuale monitoraggio dell'applicazione e mirerebbe ad evitare che la rotazione possa essere utilizzata in maniera impropria e per scopi non propriamente correlati all'esigenza della prevenzione della corruzione.

Ci si propone, nell'arco del triennio di vigenza del presente Piano, con il necessario coinvolgimento della Direzione delle Risorse Umane, di redigere specifiche *linee guida* per regolamentare la misura della rotazione.

Nelle linee guida saranno definiti i seguenti criteri:

- INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE E DELLE FUNZIONI DA SOTTOPORRE A ROTAZIONE
- CARATTERISTICHE DELLA ROTAZIONE
- FISSAZIONE DELLA PERIODICITA' DELLA ROTAZIONE

Dei sopraelencati criteri sarà data preventiva ed adeguata informazione alle organizzazioni sindacali.

Come principio generale nel corso del 2023, nelle more della definizione delle suddette linee guida, dovranno essere favorite da parte dei Capi Struttura modalità organizzative finalizzate alla condivisione delle fasi procedurali, attraverso l'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze avendo comunque cura, da parte dei dirigenti degli uffici, di evitare la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto con il rischio che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce.

La stessa ANAC, nelle sue linee guida, suggerisce l'adozione di misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, quali ad esempio:

- Rafforzare le misure di trasparenza con la previsione di pubblicazione di dati inerenti il processo sul quale non è stato possibile disporre la rotazione (nel pieno rispetto della normativa sulla privacy);
- Prevedere nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie "delicate" una maggiore condivisione delle fasi procedurali 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;
- Prevedere misure di articolazione delle competenze ("segregazione delle funzioni") attribuendo a soggetti diversi compiti distinti: a) svolgere istruttorie e accertamenti; b) adottare decisioni; c) attuare decisioni prese; d) effettuare verifiche e controlli. Una corretta articolazione dei compiti e delle responsabilità per evitare che più mansioni e responsabilità siano in capo ad un unico soggetto;

- Prevedere la “doppia sottoscrizione” degli atti dove firmano sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell’atto finale, a garanzia della correttezza e legittimità degli atti medesimi;
- Favorire meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in *team* che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

La attuazione della misura richiede un approccio organizzativo a più livelli ed un lungo percorso di non facile attuazione in cui peraltro la formazione del personale nelle diverse aree di competenza degli uffici si pone come misura preliminare che garantisce l’acquisizione delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione.

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.

ROTAZIONE ORDINARIA PERSONALE DIRIGENZIALE

In linea con quanto stabilito da ANAC nel PNA, ove compatibile con l’organizzazione aziendale, le risorse disponibili, le esigenze di buon andamento dell’attività amministrativa e con gli obiettivi fissati negli atti di programmazione, negli uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione sarebbe preferibile che la durata dell’incarico dirigenziale fosse fissata nel limite minimo legale, indipendentemente dall’ esito della valutazione riportata.

L’istituto della rotazione dirigenziale, che è da considerarsi prassi “fisiologica” priva di qualsiasi carattere punitivo/sanzionatorio, dovrebbe essere una misura che ha effetti su tutta l’organizzazione e progressivamente dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio, questo al fine di evitare che nelle aree a rischio ruotino sempre gli stessi dirigenti.

Nel corso di vigenza del presente piano è in programma una procedura di riordino che coinvolgerà gli uffici amministrativi e le loro specifiche competenze.

La fase di riordino attuerà, di fatto, una rotazione per i dirigenti presenti nell’amministrazione.

Appare opportuno far presente che, nello scorso mese di settembre si è assistito al completamento delle procedure concorsuali per l'assunzione di n. 1 Dirigente Amministrativo di II^ Fascia destinato alla Direzione Centrale degli Affari Generali e n. 1 Dirigente Amministrativo di II^ Fascia destinato alla Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche.

Tale procedura ha consentito l'inserimento nell'organico dell'Ente di due nuovi Dirigenti Amministrativi, vincitori della relativa procedura concorsuale.

Attraverso lo scorrimento della graduatoria, nel più ampio contesto della Direzione Centrale degli Affari Generali, si è successivamente proceduto alla assunzione di ulteriori n. 2 Dirigenti Amministrativi, operando, in tal modo, la copertura di posti rimasti vacanti a seguito del pensionamento di figure dirigenziali avvenute nel corso del tempo.

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»* 11, senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

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

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

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

2.3.6.9 LA TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

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

Il *whistleblowing* è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower*.

Lo scopo principale del *whistleblowing* è quello di prevenire o risolvere un problema tempestivamente.

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

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

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

Nel corso del 2022 sono state effettuati accessi simulati per la verifica della funzionalità della piattaforma, che hanno dato esito positivo.

È da rilevare che nel corso del 2022 non sono pervenute segnalazioni.

2.3.6.10 LA FORMAZIONE

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

In conformità a quanto previsto nel PNA 2019 secondo cui “*l’incremento della formazione dei dipendenti, l’innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell’amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT (cfr. Parte II, §4.)*” l’Organo di Indirizzo politico ha provveduto ad assegnare un obiettivo strategico specifico sulla materia.

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

- uno generale, attraverso la realizzazione di un corso *e.learning* rivolto a tutti i dipendenti, mirato all’aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità. Sarà sensibilizzato l’Ufficio competente a stabilire nuovi contatti con la Scuola Nazionale dell’Amministrazione al fine di definire il percorso iniziato per la stipula di un’apposita convenzione. In alternativa, la formazione sarà assicurata ricorrendo a specifiche società di formazione;
- uno specifico, rivolto al RPCT, alla Struttura di Supporto al RPCT, ai Referenti, ai Dirigenti e Funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono. Parimenti all’attività di formazione generale si privilegerà il ricorso alla formazione erogata dalla Scuola Nazionale dell’Amministrazione, tuttavia non si esclude la possibilità di ricorrere a formazione erogata da società specifiche di formazione.

Nell’ambito della formazione specifica sarà organizzato, a cura del RPCT e della Struttura di Supporto, un evento formativo dedicato alle “*funzionalità della piattaforma informatica anticorruzione ISS*”

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

2.3.6.11 ATTIVITA' CONTRATTUALE E PATTI DI INTEGRITA'

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

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

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

Ai fini di una maggiore efficacia degli strumenti messi a disposizione del Legislatore per la prevenzione di fenomeni corruttivi nell'ambito degli affidamenti di contratti, è stato predisposto, in collaborazione con il competente Ufficio, il testo contenente un protocollo di legalità da stipulare con l'Ufficio Territoriale del Governo di Roma.

Preso atto della immediata operatività del patto di integrità ed in attesa del perfezionamento dello stipulando protocollo di legalità, si procederà, con la collaborazione del competente Ufficio Amministrativo, all'inserimento del documento in tutti i bandi e contratti predisposti dall'Ufficio, nonché nella verifica circa il controllo sulla attuazione della misura.

Il testo è stato sottoposto all'Ufficio sopra richiamato, e si confida che sia possibile la stipula del protocollo da utilizzarsi negli appalti pubblici indetti dall'Ente.

Si fa presente – da ultimo – che l'Ente, con la collaborazione del competente Ufficio, garantirà che l'attività contrattuale si uniformi ai seguenti principi, adottando le relative misure di prevenzione:

- trasmissione semestrale, a campione, delle autodichiarazioni circa la assenza di cause di conflitto di interesse dei commissari di gara;
- trasmissione semestrale di un elenco delle proroghe di contratti in essere, determinate da asserite ragioni di urgenza, con la indicazione delle relative casistiche e corredato di ogni informazione utile;
- controllo delle prestazioni rese dal contraente, anche al fine di evitare varianti in corso d'opera non motivate dai presupposti di legge e dalle effettive necessità dell'appaltatore, nonché

verifica che in fase di stipula del contratto non vengano modificati gli elementi essenziali del contratto (durata, oggetto della prestazione, importo, termini di pagamento) e tali da snaturare l'impostazione iniziale della gara originariamente indetta dalla Amministrazione; a tale fine il RUP trasmetterà al RPCT, con cadenza semestrale, un elenco dei provvedimenti di approvazione delle varianti con la indicazione delle ragioni che hanno dato luogo alla necessità di modificare il contratto iniziale;

- trasmissione, con cadenza semestrale, di un elenco contenente gli affidamenti ai medesimi operatori economici, limitatamente alle procedure negoziate, affidamenti diretti, in economia e, comunque, sotto soglia;
- trasmissione di un elenco, con cadenza semestrale, relativo alle verifiche a campione effettuate per accertare la corretta liquidazione delle fatture, l'eventuale applicazione di penali nonché la rilevazione di inadempimenti tali da comportare la risoluzione del contratto;
- saranno realizzate attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di conflitto di interessi, anche mediante apposite sessioni formative in cui analizzare – tra l'altro – casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto;

2.3.6.12 LA TRASPARENZA

LA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”

Il D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, impone che nella sezione Amministrazione Trasparente, presente nel sito istituzionale di ogni Amministrazione Pubblica, vengano osservati gli obblighi specifici di Trasparenza, con la pubblicazione di atti e documenti.

La sezione è accessibile dall'indirizzo:

www.iss.it/amministrazione-trasparente

Il Portale istituzionale assicura la totale accessibilità delle informazioni pubblicate e inoltre 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 Amministrazione Trasparente.

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 23.09.2022 a seguito di una revisione del sito web.

L'Istituto Superiore di Sanità ha da sempre garantito l'applicazione puntuale e precisa della normativa vigente, procedendo nel “popolamento” di ogni singola sotto-sezione di Amministrazione Trasparente in conformità al dettato normativo vigente e della delibera ANAC n. 1310/2016, con aggiornamenti tempestivi, trimestrali, semestrali e annuali, così come richiesto.

MONITORAGGIO TRIMESTRALE DEI LIVELLI DI TRASPARENZA

Verrà attuato il monitoraggio trimestrale dei livelli di trasparenza nella sezione Amministrazione Trasparente da parte del Responsabile della Pubblicazione dei Dati, con conseguente redazione di un report trimestrale che consentirà di rilevare i dati mancanti e quindi intraprendere le azioni necessarie per garantire la completezza delle informazioni pubblicate.

Il costante monitoraggio delle sotto-sezioni in cui si articola la sezione Amministrazione Trasparente del sito iss.it, consentirà – tra l'altro - di evitare il ricorso ad istanze di accesso civico.

ATTIVITA' PREVISTE E PROGRAMMATE

Migrazione della sezione “Amministrazione Trasparente” nel nuovo portale ISS

Nel corso del 2023 verrà portato a compimento il lavoro di “migrazione” di tutta la sezione Amministrazione Trasparente nel nuovo Portale istituzionale, recentemente messo in funzione; si stima che tale migrazione possa avere termine entro il 30 giugno 2023

Adempimenti annuali richiesti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)

Tra gli adempimenti in tema di trasparenza, devono essere annoverate le verifiche da effettuarsi entro il 31 gennaio di ciascun anno, al fine di assolvere *agli obblighi di pubblicazione e trasmissione delle informazioni su Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'anno precedente, , ai sensi dell'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, come aggiornato dall'art. 8, comma 2, della legge n. 69/2015*".

Ciò in conformità con quanto previsto dall'Autorità con la delibera ANAC 39/2016, e fermo restando la pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 50/2016 di tali informazioni anche nella sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Bandi di gara e contratti" del proprio sito istituzionale.

A ciò si aggiunga che entro il 31 marzo di ciascun anno, la sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Istituto Superiore di Sanità è sottoposta alle "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e attività di vigilanza dell'Autorità", in base a quanto disposto dall'art. 45, comma 1 del D.Lgs. 33/2013 che attribuisce all'ANAC il compito di controllare *"l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni ai sensi del presente decreto, all'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza"*, e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'ISS di *"verificare gli obiettivi connessi alla trasparenza e quelli inerenti in generale alla prevenzione della corruzione, prevedendo a tal fine la possibilità di chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo"*.

L'OIV si avvale della griglia di rilevazione che riporta le sotto-sezioni prese in esame dall'ANAC per effettuare la verifica e della scheda di sintesi per attestare l'attività svolta dal RPCT in ordine agli obblighi di pubblicazione e della correttezza dell'adempimento nel termine perentorio e della scheda di attestazione, che certifica l'avvenuta pubblicazione dei dati individuati nella griglia di rilevazione, la loro completezza e l'apertura del formato di ciascun documento.

Tutta la documentazione citata viene pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente/ATTI GENERALI.

INDIVIDUAZIONE DEI DIRIGENTI RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE E DELLA PUBBLICAZIONE DEI DATI

L'art. 10 comma 1, del D.Lgs. 33/2013, ha introdotto l'obbligo di indicare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati.

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE - D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.				
SCHEMA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI CON INDICAZIONE DELLE STRUTTURE RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI				
DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO I (Macrofamiglia)	DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO II (Tipologia di dati)	AGGIORNAMENTO	STRUTTURA RESPONSABILE TRASMISSIONE DATI	RESPONSABILE PUBBLICAZIONE DATI
Disposizioni generali	Piano Integrato di Attività ed Organizzazione e suoi allegati	Annuale	DIREZIONE GENERALE - DIREZIONE CENTRALE AFFARI GENERALI - DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	Funziario incaricato
	Atti Generali	Tempestivo	DIREZIONE GENERALE - DIREZIONE CENTRALE AFFARI GENERALI - DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	Funziario incaricato
Organizzazione	Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali	Tempestivo/Annuale	DIREZIONE GENERALE	Funziario incaricato
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Funziario incaricato
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
	Articolazione degli uffici	Tempestivo	DIREZIONE GENERALE	Funziario incaricato
	Telefono e posta elettronica	Tempestivo	DIREZIONE GENERALE	Funziario incaricato
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Tempestivo	PRESIDENZA DIREZIONE GENERALE DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE DIREZIONE CENTRALE AFFARI GENERALI	Funziario incaricato
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi d vertice	Tempestivo/Annuale	DIREZIONE GENERALE PRESIDENZA	Funziario incaricato
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Tempestivo/Annuale	DIREZIONE GENERALE	Funziario incaricato
	Responsabili di Dipartimento, Centri Nazionali e Servizi tecnico-scientifici	Tempestivo/Annuale	DIREZIONE GENERALE	Funziario incaricato
	Dotazione organica	Annuale	Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali	Funziario incaricato
	Personale non a tempo indeterminato	Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funziario incaricato
	Tassi di assenza	Trimestrale	Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali	Funziario incaricato
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali	Funziario incaricato
	Contrattazione collettiva	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali	Funziario incaricato
	Contrattazione integrativa	Tempestivo/Annuale	Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali	Funziario incaricato
OIV	Tempestivo	Segreteria OIV	Funziario incaricato	

Bandi di concorso		Tempestivo	Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione	Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione e Funzionario incaricato
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Tempestivo	Direzione Generale	Funzionario incaricato
	Piano della Performance	Tempestivo	Direzione Generale	Funzionario incaricato
	Relazione sulla Performance	Tempestivo	Direzione Generale	Funzionario incaricato
	Ammontare complessivo dei premi	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Dati relativi ai premi	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Tempestivo/Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Società partecipate	Tempestivo/Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Enti di diritto privato controllati	Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Rappresentazione grafica	Tempestivo/Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Funzionario incaricato
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Funzionario incaricato
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo- politico	Semestrale	Segreteria C. d. A.	Funzionario incaricato
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Semestrale	Responsabile che emana l'atto	Funzionario incaricato
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Tempestivo/Annuale	Ufficio contratti	Ufficio contratti e Funzionario incaricato
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Tempestivo	Ufficio contratti	Ufficio contratti e Funzionario incaricato
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Tempestivo	DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	Funzionario incaricato
	Atti di concessione	Tempestivo	Ufficio progetti e convenzioni	Funzionario incaricato
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Funzionario incaricato
	Canone di locazione o affitto	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Tempestivo/Annuale	Segreteria OIV	Funzionario incaricato
	Organismi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo	Segreteria Collegio dei Revisori	Funzionario incaricato
	Corte dei conti	Tempestivo	Direzione Generale	Funzionario incaricato
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Funzionario incaricato
	Class action	Tempestivo	Affari istituzionali e giuridici	Funzionario incaricato
	Costi contabilizzati	Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Liste di attesa	Tempestivo	Link a CNT e CNS	-----

Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Funzionario incaricato
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Annuale	DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	Funzionario incaricato
	IBAN e pagamenti informatici	Tempestivo	DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	Funzionario incaricato
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Tempestivo	DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE	Funzionario incaricato
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Segreteria C. d. A.	Funzionario incaricato
	Tempi e costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Funzionario incaricato
Pianificazione e governo del territorio		La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
Informazioni ambientali		Tempestivo	Responsabile Struttura scientifica/amm.va interessata	Funzionario incaricato
Strutture sanitarie private accreditate		La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
Interventi straordinari e di emergenza		Tempestivo	DIREZIONE GENERALE	Funzionario incaricato
Altri contenuti	Corruzione	Tempestivo Annuale	R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Funzionario incaricato
	Accesso civico	Tempestivo	R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - Ufficio affari generali	Funzionario incaricato
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Annuale	Vedi BANCHE DATI PUBBLICHE	Funzionario incaricato
	Dati ulteriori	Annuale		Funzionario incaricato

Di seguito, in una prima tabella, il dettaglio dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, nella seconda tabella il dettaglio delle banche dati pubbliche

RPCT - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Dott.ssa Francesca La Rosa
Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia
Direzione Centrale Affari Generali	Dott.ssa Claudia Mastrocola
Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali	Dott. Marco Des Dorides
Ufficio Contratti	Dott. Alessandro Valente
Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione	Dott. Stefano Di Matteo
Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Arch. Giovanni Carabotta
Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale	Dott.ssa Patrizia Tancredi
Ufficio Affari Istituzionali e Giuridici	Dott.ssa Francesca La Rosa
Funzionario Incaricato	Dott. Mario Iacobone
Segretario del Consiglio di Amministrazione	Dott.ssa Claudia Mastrocola
Segreteria Collegio dei Revisori	Sig.ra Roberta Murru
Segreteria OIV	Dott.ssa Alida Leonardi

Banche dati pubbliche
<i>Perla PA</i>
<i>Patrimonio della PA</i>
<i>ANAC</i>
<i>SICO -Sistema conoscitivo del personale dipendente delle AA.PP.</i>
<i>PCM - Funzione Pubblica: Censimento auto di servizio</i>
<i>BDAP - Banca dati Amministrazioni Pubbliche</i>

ACCESSO CIVICO SEMPLICE ED ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Si ricorda innanzitutto che sui poteri e i doveri del RPCT in materia di trasparenza e accesso civico generalizzato, l’Autorità è intervenuta con due delibere (1309/2016 e 1310/2016).

Con tale normativa si fa presente che il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico “semplice” finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente. Entro il termine di trenta giorni, avrà cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l’avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Successivamente e ove si ritengano previsti i presupposti il RPCT segnala all’ufficio di disciplina, al vertice politico e all’OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione. Viene poi specificato che in materia di accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell’accesso o di mancata risposta.

Verrà emesso, nei casi di specie, un provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Laddove l’accesso generalizzato sia stato negato o differito per motivi attinenti la protezione dei dati personali, il RPCT provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

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

In ottemperanza a quanto disposto dalla circolare della funzione pubblica n.2/2017 “*Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*” integrata successivamente dalla circolare n. 1/2019, ed in linea con quanto indicato nella delibera ANAC 1309/2016, l’Ufficio Affari Generali, competente per la materia, ha assicurato il costante e completo aggiornamento del registro degli accessi e la sua pubblicazione con cadenza semestrale nell’apposita sezione del sito ISS “Amministrazione Trasparente”.

Nel corso dell’anno si è proseguito con l’aggiornamento del Registro degli accessi monitorando che venissero riscontrate dagli uffici/servizi/dipartimenti competenti le istanze di accesso pervenute e fornendo l’eventuale supporto di natura giuridica per l’esame e il riscontro delle istanze.

Con la collaborazione dell’ufficio informatico e grazie al nuovo software del protocollo “NUMIX” si sta perfezionando e testando un processo informatizzato di elaborazione del registro, anche al fine di snellire il relativo procedimento di realizzazione.

Si tenga conto – peraltro – che, a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, le istanze di accesso legate ad informazioni relative alla diffusione del virus hanno avuto una crescita esponenziale; in tale

contesto la adozione di una procedura informatica apporterà sicuramente significativi benefici nella predisposizione del registro.

Occorre rilevare, che fino alla emergenza dovuta dalla pandemia, l'Istituto si è dotato di uno specifico percorso, chiaramente definito e descritto nel sito istituzionale dell'Ente, dedicato alle richieste di accesso ai dati Covid-19 disciplinati dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile (OCDPC) n.691/2020.

Si ritiene infine di dover maggiormente sensibilizzare tutti i destinatari interni all'ISS delle istanze di cui sopra, al rispetto delle norme e delle scadenze citate mediante l'emanazione di una circolare del Direttore Centrale degli Affari Generali, in collaborazione con l'ufficio I "Affari Generali", che espliciti in maniera dettagliata una procedura standard e informatizzata in modo da semplificare i riscontri da emanare entro i termini legislativi di cui sopra.

BILANCIAMENTO TRA TRASPARENZA E PRIVACY

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

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

Nella sezione Amministrazione Trasparente è garantita la piena accessibilità delle informazioni e i dati personali pubblicati rispettano il principio di "non eccedenza", salvaguardando il dettato del Garante per la Protezione dei dati personali.

La collaborazione, che nel corso del 2022 è stata costante e proficua, ha portato al perfezionamento di alcuni modelli di dichiarazioni rese dai dipendenti ed all'adeguamento di alcune sezioni del sito nonché alla rimozione di eventuali documenti che potessero andare in contrasto con la normativa vigente.

Continuerà anche nell'anno 2023 la collaborazione con il Responsabile della Protezione dati per garantire il rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nel Regolamento UE 2016/679 e a tal fine la supervisione dell'RPD contribuisce significativamente al bilanciamento tra Trasparenza e Privacy.

2.3.6.13 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 sia attività di comunicazione interna ed esterna.

Il vigente PNA raccomanda alle amministrazioni di strutturare e pubblicizzare adeguatamente forme di consultazione e comunicazione, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi.

Nell'anno 2022 costante è stata la comunicazione con le strutture per fornire la necessaria assistenza sull'uso della piattaforma informatica anticorruzione.

Nel corso dell'anno 2023 è prevista l'organizzazione di Webinar/Tavoli di lavoro di confronto tra il RPCT ed i Referenti Anticorruzione sui seguenti temi/focus:

- 1) Aggiornamento dati presenti sulla piattaforma informatica anticorruzione ISS
- 2) Trasparenza
- 3) Accesso civico
- 4) Codice di comportamento
- 5) *Pantouflage*

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).

Tale sottosezione è finalizzata a fotografare e a programmare i livelli di salute delle risorse organizzative dell'Ente al fine di migliorare le performance, di contenere i rischi e, in ultima istanza, in funzione della creazione di Valore Pubblico.

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 prevista dalle previsioni del D.P.R. 171/1991 e dall'applicazione del CCNL del comparto istruzione e ricerca, sottoscritto il 19.04.2018, nel rispetto del quale sono 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 data 06 dicembre 2022 è stato sottoscritto il CCNL sui principali aspetti del trattamento economico del personale del comparto Istruzione e ricerca – triennio 2019-21 parte economica e si è in attesa della sottoscrizione della parte normativa.

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).

Tuttavia, nel previgente sistema - ex art.8 CCNL 2008 - le posizioni dirigenziali venivano articolate di norma in tre fasce; ora lo stesso articolo è stato espressamente disapplicato dal nuovo art. 48 dell'ultimo CCNL. Pertanto la definizione delle posizioni rientra nell'autonomia dell'amministrazione che seguirà i criteri stabili dallo stesso art. 48, previo confronto sindacale.

Posta la cornice di inquadramento giuridico, è bene rilevare come nella previgente previsione contrattualistica integrativa del CCNI 6.07.2010, per le posizioni organizzative che rilevano come altrettanti livelli di responsabilità funzionali per i dirigenti amministrativi, la struttura degli uffici dirigenziali di livello generale/non generale è stata dapprima suddivisa in quattro fasce di classificazione: A1, A, B e C, a seconda del grado di complessità di funzioni ed incarichi di responsabilità.

La salute professionale delle risorse umane impiegate ha risentito del notevole ritardo nello sviluppo della nuova ipotesi di contrattazione nazionale (ex Area VII della dirigenza), che si è protratto per moltissimi anni fino alla sottoscrizione della nuova ipotesi di CCNL 8.07.2019 per il personale dirigente del comparto Istruzione e Ricerca. Questo ritardo si è riverberato sulla contrattazione integrativa interna, che non è riuscita ad individuare azioni di intervento per riallineare i carichi di responsabilità dirigenziale alle esigenze di riassetto organizzativo e rimodulazione funzionale degli uffici dirigenziali previsti nell'originaria previsione del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS.

In ragione delle recenti necessità di ricalibrazione delle posizioni organizzative ed in attesa della predisposizione della nuova ipotesi di contratto integrativo per il personale dirigenziale, in linea con la proposta di un aggiornamento del sistema di misurazione e valutazione delle performance dell'Ente che valorizzi le prestazioni individuali di risultato secondo criteri di gradualità delle responsabilità,

differenziazione del merito e premialità, nel rispetto dell'art. 50 CCNL 8.07.2019 e del confronto con le OO.SS., si valuta l'opportunità di programmare un adattamento dell'attuale modello organizzativo secondo le due fasce di gradazione delle posizioni dirigenziali proporzionato alla tipologia di incarico:

Posizione A1: posizioni dirigenziali di livello generale;

Posizione A: posizioni dirigenziali di livello non generale.

Altrettanto revisionabili saranno le misure di intervento ed avvicinamento dei profili della ricerca alle posizioni di rilievo nella governance dell'Ente. Si inaugurerà un'importante intervento di riforma dello Statuto, nella piena valorizzazione della Carta dei Ricercatori e potranno apportarsi anche delle variazioni di intervento sulla disciplina delle aree di responsabilità di vertice, che saranno riviste nelle ipotesi di CCNI 2022 per il personale dei livelli I-VIII, al fine di valorizzare la natura manageriale e il relativo onere di accountability degli incarichi ricoperti sia dai livelli apicali di Direttori di Struttura (Dirigenti di uffici amministrativi e Capi di Dipartimenti e Centri), sia dalle figure intermedie di collegamento ai vertici, quali i Capi Reparto ed Responsabili scientifici di progetti di ricerca e i Capi Servizio.

3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La *policy* di governo della nuova Pubblica Amministrazione è tesa allo sviluppo dell'infrastruttura digitale, al fine di adeguare i processi prioritari delle Amministrazioni Centrali agli *standard* condivisi da tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea.

Si punta, quindi, non solo all'interoperabilità tra gli enti pubblici (tramite, ad esempio, l'utilizzo delle procedure "*once only*"), ma anche all'incentivazione per le iniziative di supporto per l'acquisizione e l'arricchimento delle competenze digitali, sino al rafforzamento delle difese di *cybersecurity*.

In quest'ottica, l'ente ha da tempo avviato il processo di trasformazione digitale delle attività ad esso demandate: si sono modificati processi e modelli di tutto il contesto professionale, organizzativo e gestionale. La riorganizzazione delle varie metodologie di efficientamento del lavoro è tesa anche al miglioramento del benessere professionale del personale dell'ente, con la creazione di opportunità di sviluppo professionale e di carriera, anche tramite la riqualificazione delle competenze.

Il 2022 ha visto la cessazione del lavoro a distanza quale strumento giuridico emergenziale di lotta alla pandemia con il contestuale passaggio ad un sistema ordinario a regime, basato su alcuni punti cardine:

1. La prevalenza del lavoro in sede, già prevista nel DPCM 23 settembre 2021 a partire dal mese di ottobre dello stesso anno;
2. La subordinazione del lavoro a distanza al rispetto di alcune condizioni operative di massima, quali la previa stipula di un accordo individuale in grado di fissare i criteri essenziali della prestazione lavorativa, la rotazione del personale dipendente, la presenza di strumenti informatici adeguati, l'assenza di pregiudizio delle attività ed in particolare di quelle dirette in favore degli utenti (criteri e condizioni fissati dal decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 8 ottobre 2021).

Il decreto ministeriale 30 giugno 2022 n. 132 (contenente norme di definizione del contenuto del PIAO) all'art. 4, ha da ultimo, "*storicizzato*" quanto indicato ai punti precedenti, nell'ottica di concepire il lavoro a distanza, non solo come strumento di conciliazione vita – lavoro, ma, anche, come occasione di innovazione organizzativa ed efficientamento dei processi.

Nel quadro sopra descritto l'Istituto ha ritenuto di poter formalizzare (previo ampio confronto sindacale) un documento operativo – denominato “*linee guida sulla disciplina del lavoro a distanza*” – la cui fisionomia fondamentale, seppur calata nella realtà di un ente di ricerca ha trovato ispirazione nelle disposizioni dettate in materia dal Contratto Collettivo delle Funzioni Centrali stipulato in data 9 maggio 2022, ed è caratterizzato dalla presenza di due istituti tra di loro differenziati:

- I. il lavoro agile o *smart working*, caratterizzato dalla presenza di un ben definito progetto lavorativo da svolgere in una cornice temporale priva di un orario di lavoro rigidamente definito;
- II. il telelavoro domiciliare, il cui tratto essenziale è quello fornito dal rispetto dell'orario di lavoro come stabilito a livello di contrattazione collettiva nazionale.

L'attuazione di quanto previsto dalle *linee guida* (documento che ha indicato con puntualità le caratteristiche degli accordi sopra descritti, nel rispetto del principio di prevalenza del lavoro in sede sopra descritto) ha richiesto, in primo luogo, un significativo investimento tecnologico: a partire dal mese di maggio 2022, infatti, si è dato corso:

- a) ad una “campagna” generalizzata di attivazione, nei confronti di tutto il personale a tempo indeterminato e determinato, della firma elettronica avanzata (FEA) necessaria per la successiva stipula degli accordi concernenti il lavoro agile ed il telelavoro domiciliare;
- b) alla elaborazione di una piattaforma informatica – denominata *happysign* – destinata a formalizzare la stipula dei predetti accordi, con modalità integralmente digitali ed in grado di permettere l'archiviazione informatica del documento nel fascicolo personale dell'interessato.

Con successive comunicazioni via *e-mail* nei mesi di giugno e luglio 2022 sono state fornite a tutto il personale le informazioni ed i criteri utili per la esatta comprensione dei nuovi istituti ed i loro criteri direttivi (in particolare si è chiarita, con interpretazione che ha trovato successivamente un positivo riscontro successivo da parte dell'ARAN, il diritto al buono pasto nel solo caso di telelavoro domiciliare) e si è dato corso alla procedura di sottoscrizione degli accordi nei confronti del personale interessato.

Dal 1 dicembre 2022 la procedura sopra descritta regola a regime (con la possibilità di innovazioni e modifiche a seguito della sottoscrizione della nuova parte normativa del CCNL di comparto) l'istituto del lavoro a distanza in Istituto.

3.2.1 CONDIZIONALITÀ E FATTORI ABILITANTI

Strumenti ed infrastrutture digitali

L'ente ha avuto modo – sin dall'inizio dell'emergenza pandemica da Covid-19 – di rivedere sia la logistica del personale che l'organizzazione delle attività lavorative.

Le misure, adottate inizialmente per tutelare la salute dei propri dipendenti impegnati a garantire la *mission* dell'ente in qualità di organo del Servizio Sanitario Nazionale, hanno consentito di promuovere anche l'attivazione dello “Smart Working domiciliato” (ai sensi, tra l'altro, del D.L.34/2020), che si è rivelato un valido strumento di conciliazione dei tempi di vita e lavoro per tutto il personale dell'Ente.

Si sono individuate soluzioni tecnico-operative di organizzazione del lavoro da remoto fruibili da tutto il personale, privilegiando l'impiego di applicativi *hardware* e *software* già esistenti.

Al fine di consentire il corretto espletamento della prestazione lavorativa “domiciliata”, il Servizio Informatico dell'ente si è attivato dapprima fornendo un manuale operativo per la connessione dei *devices* al pc da remoto, resa sicura tramite collegamento alla rete VPN dell'ISS. Successivamente, l'ISS ha continuato a investire nel percorso di digitalizzazione dei processi informatici, al fine di incrementare e ottimizzare: l'efficienza amministrativa (tramite anche la semplificazione dell'iter approvativo), la trasparenza; il processo di dematerializzazione. Così facendo, si sono ridotti anche le tempistiche e i costi delle procedure e dei vari adempimenti.

Stato di digitalizzazione dei processi interni

Per quanto attiene alla digitalizzazione dei processi, anche per il 2023 rimarranno attive significative procedure quali:

1. il sistema VPN [che consente l'accesso dei dipendenti ai servizi informatici dell'Istituto attraverso l'autenticazione a due fattori (nome utente, password e token di sicurezza), proteggendo il traffico dei dati in entrata e in uscita];
2. la piattaforma del CNR Selezioni on-line, personalizzata per la profilazione e protocollazione informatizzata delle domande di partecipazione alle selezioni interne e ai concorsi pubblici tramite l'indirizzo <https://selezionionline.iss.it/>;
3. la digitalizzazione dei flussi PEC in entrata ed in uscita dal Protocollo Centrale;

4. la gestione dell'anagrafica centralizzata dell'ISS integrata con gli altri applicativi e piattaforme interne: es. gestione presenze; protocollo; gestione richieste di intervento servizio informatico "Grisi"; etc.;
5. la gestione della piattaforma <https://pagopa.iss.it/> integra SPID e PagoPA per gli acquisti a carrello dei servizi a terzi e dell'autenticazione federata utilizzando IDEM (per l'accesso dei ricercatori alle riviste ed ai periodici scientifici con l'utilizzo della rete scientifica GARR, cui aderiscono molti altri EPR ed Università). Tale fase sarà potenziata, prevedendo la digitalizzazione dei processi relativi alla gestione dei corsi di formazioni degli operatori del Sistema Sanitario Nazionale (Corsi ECM), la timbratura virtuale per la gestione presenze in Smart Working e TeleLavoro;
6. la digitalizzazione dei processi di firma: mentre è già attiva quella per la firma dei contratti di lavoro agile, si è previsto di estendere la procedura a regolari esecuzioni, verbali di CE, atti C.D.A., stipula di contratti, etc..

Per l'agenda digitale 2023 è rilevante l'adozione di un nuovo sistema di contabilità generale, che consente di uniformare la gestione finanziaria dell'Istituto a quella delle Amministrazioni pubbliche che adottano la contabilità finanziaria e gli schemi di bilancio (ai sensi della normativa vigente), ottimizzando le modalità gestionali.

Il sistema, denominato SIGLA, è stato realizzato *in house* e consente la gestione della contabilità finanziaria con funzione autorizzatoria, una contabilità economico-patrimoniale "derivata" e una contabilità analitica per centri di costo (in linea con le disposizioni di cui alla Legge 196/2009). L'adozione di tale sistema ha determinato la necessaria revisione dei processi lavorativi, con la conseguenza di eliminare fasi ridondanti.

3.2.2 OBIETTIVI: SVILUPPO DI ATTIVITÀ PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA DELL'ENTE

Nel 2023 si proseguirà con la pianificazione del lavoro agile, anche attraverso la strategia di digitalizzazione dell'Ente. Saranno monitorati le specificità operative e organizzative di tutte le strutture, il grado di digitalizzazione dei servizi e il fabbisogno di formazione su nuove procedure digitali. Tali azioni consentiranno di ottimizzare l'attività lavorativa, anche tramite l'uso di strumenti informatici, quali cloud, Microsoft office 365-teams, starLeaf, etc.

Esperita una prima fase sperimentale di lavoro da remoto “domiciliato”, la direzione gestionale dell’Ente ha ritenuto opportuno proseguire anche per il 2023 nell’applicazione dell’istituto contrattuale dello *Smart Working*, tenuto conto della positiva incidenza sulla gestione organizzativa del lavoro, dell’efficientamento degli spazi lavorativi, oltre che del bilanciamento psicofisico prodotto nella gestione del tempo di vita personale e professionale per il personale. Non si è trascurato di analizzare anche le fisiologiche criticità emerse nell’esperienza del lavoro da remoto, al fine di ridurre l’impatto e l’incremento.

Nell’ambito dell’attivazione sperimentale dello *Smart Working* era stato avviato un accordo di collaborazione con il Politecnico di Milano al cui interno è stata realizzata una survey i cui relativi risultati sono stati condivisi e analizzati nell’ambito del Gruppo di Lavoro allo scopo costituito, che ha individuato possibili scenari di evoluzione del modello organizzativo dello *Smart Working* e del livello di impegno richiesto al personale profilato.

L’ente, per il 2023 intende continuare a porre in essere varie attività volte a ampliare la comunicazione e il confronto sociale per incrementare l’autonomia professionale del personale, incentivare la collaborazione a distanza e consentire la segnalazione di criticità e/o emersione di nuovi bisogni di sensibilizzazione sui temi attinenti l’equilibrio tra la vita privata e il lavoro.

Si è pianificata la revisione dei modelli organizzativi ordinari di lavoro, la gestione degli spazi e - come si dirà meglio nella sezione dedicata alla Formazione - una programmazione di percorsi formativi *ad hoc*.

3.2.3 CONTRIBUTI AL MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE IN TERMINI DI EFFICIENZA ED EFFICACIA

Si fornisce rappresentazione del nucleo centrale del piano di promozione e organizzazione del lavoro agile, inteso come strumento a supporto del processo di transizione digitale che interessa le molteplici attività dell’ente. Lo stesso dovrà anche rappresentare un supporto fattivo per la realizzazione degli obiettivi dei vertici dell’ente.

Prosecuzione attività di Smart Working per il personale dell'ISS



Collaborazione con Osservatorio Smartworking PoliMi per l'analisi della coerenza tra obiettivi delle strutture e monitoraggio delle attività di Smart Working del personale ISS



Produzione di documenti operativi (procedure, linee guida) su tematiche di sicurezza applicativa



Attività formativa programmata tenendo conto della strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo dell'ente.



Nello specifico, si proseguirà con lo sviluppo della digitalizzazione a favore di alcune procedure, con particolare riferimento a quelle amministrative. Ad esempio, nel 2023 si definirà il processo iniziato a fine 2022, che ha informatizzato, tramite la creazione di una piattaforma dedicata, la gestione delle presenze del personale in lavoro agile. Questa novità consentirà di rimpiegare il personale delle segreterie in attività più qualificanti.

In questo contesto, sono stati previsti corsi formativi (di I e II livello) dedicati al personale per l'utilizzo degli strumenti digitali dedicati.

Continuerà per il 2023 la collaborazione con il politecnico di Milano partecipando agli aggiornamenti sulle attività di ricerca del Tavolo di Lavoro Smart Working nella PA di cui l'Istituto Superiore di Sanità faceva parte lo scorso anno e dell'Osservatorio Smart Working.

L'Osservatorio Smart Working procederà all'organizzazione di un workshop che affronterà il tema dell'evoluzione dei luoghi di lavoro. Organizzazioni e persone stanno riscoprendo il ruolo centrale della sede di lavoro che deve necessariamente evolvere per soddisfare le nuove esigenze delle persone e migliorare la loro experience.

Il workshop sarà arricchito da attività e momenti per favorire il networking e lo scambio di esperienze tra i partecipanti.

3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE

Il tema delle risorse umane è uno dei punti chiave del presente PIAO 2023-2025. L'analisi del benessere del capitale umano è strettamente connessa al Piano Triennale di Attività (PTA) dell'ISS 2022-2024, cui è allegato – ai sensi dell'art. 9, D.lgs. n. 218/2016 – il triennio di riferimento dei fabbisogni del personale.

Il contesto normativo su cui si basa la programmazione del fabbisogno del personale ha come punto di riferimento la novella legislativa introdotta dall'art. 17, co. 1, lett. q), della Legge 7 agosto 2015, n. 124, come recepita dal legislatore delegato con art. 4 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75.

La cd. “riforma Madia” ha previsto il “*progressivo superamento della dotazione organica come limite alle assunzioni, fermi restando i limiti di spesa anche al fine di facilitare i processi di mobilità*” e il decreto attuativo n. 75/2017 ha snellito la procedura, introducendo il “Piano triennale dei fabbisogni del personale”, strumento di programmazione che presenta una natura gestionale decisamente snella e dinamica.

Il nuovo sistema prevede, infatti, che ciascuna amministrazione adotti un Piano triennale dei fabbisogni di personale coerente non solo con le apposite linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ma anche con l'organizzazione degli uffici e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle *performance*, al fine di addivenire ad una programmatica copertura del fabbisogno di personale in coerenza con gli obiettivi e le attività dell'Ente e nel rispetto dei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Da ultimo, 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, le azioni programmatiche da svolgersi nel triennio di riferimento, anche in tema di strategia di reclutamento e gestione del capitale umano, trovano organica sistematizzazione nell'ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che le amministrazioni sono tenute ad adottare entro il 31 gennaio di ciascun anno.

Considerato che, nella previsione del PIAO, il legislatore non ha operato alcun raccordo con quanto previsto dal precitato art. 9 del D.lgs. n. 218/2016, l'ISS coglie l'occasione di tale discontinuità per procedere a una rivalutazione e a un'integrazione del Piano dei fabbisogni per l'anno 2023.

Già per il 2022, l'ente aveva indicato di voler attuare una programmazione volta alla valorizzazione professionale e al soddisfacimento delle aspettative di carriera maturate nel personale di ricerca dell'ente. Appare doveroso qui confermare l'attuazione di quanto programmato. Nel corso del 2022 sono state definite le procedure concorsuali per il reclutamento di nuove professionalità, relative all'esecuzione del piano di fabbisogno di personale per gli anni 2021 (148 unità) e 2022 (107 unità).

Nel 2022 sono stati attivati pubblici concorsi (24 unità) e gli istituti di valorizzazione delle risorse professionali presenti in Istituto [procedure di cui al D.lgs n. 75 del 25 maggio 2017 "Legge Madia" (8 unità), D.lgs. n. 218/2016 "*tenure track*" (85 unità) e al D.lgs 165/2001 (mobilità per 12 unità)]. Sono state attivate, inoltre, le procedure ex art. 15, comma 5 del CCNL 7 aprile 2006 (292 unità) e quelle ex art. 22 co. 15 D.lgs n. 75/2017 (210 unità).

Sono state, infine, attivati gli istituti contrattuali per il personale appartenente ai livelli IV-VIII:

- procedure selettive - ai sensi dell'art. 53 del CCNL 21 febbraio 2002 - per l'attribuzione della progressione economica (che si realizza mediante l'attribuzione di tre successive posizioni economiche) per complessive n. 156 unità di personale;
- selezioni - ai sensi dell'art. 54 del CCNL 21 febbraio 2002 - per i passaggi di livello per complessive n. 194 unità di personale.

L'Ente intende proseguire con il percorso avviato, volto alla massima valorizzazione del capitale umano presente in ISS, al fine di fruire al meglio delle risorse umane in servizio e sopperire alla carenza di personale già formato e quindi "esperto" ai vari livelli di impiego.

Per l'anno di riferimento, la consistenza del fabbisogno è stata individuata procedendo ad analisi effettuata secondo parametri di carattere qualitativo e quantitativo, ai sensi delle linee guida del Ministero della Funzione Pubblica.

Per quanto attiene al parametro qualitativo sono stati previsti: sbocchi di carriera per i livelli apicali; l'individuazione di profili specializzati che rispondano agli obiettivi strategici dell'ente; il rafforzamento del reclutamento del personale, investendo su risorse opportunamente inquadrare; il potenziamento della tecno-struttura amministrativa.

Per il parametro quantitativo, si è tenuto conto della riduzione complessiva e progressiva del personale in servizio per l'anno 2023. Tale dato costituisce una grossa criticità per un ente di ricerca come l'Istituto Superiore di Sanità. Proprio per questo, lo scopo del piano delle risorse umane elaborato è quello di reinserire le professionalità perdute, previa verifica del limite finanziario di cui all'art. 9 del D.lgs. n. 218 del 2016, co. 2.

L'aggiornamento del piano del fabbisogno del personale per l'anno 2023 è stato, pertanto, elaborato in coerenza con quanto già declinato nel piano di riferimento 2022-2024, tenendo conto del limite finanziario che ne determina la capacità assunzionale definita – ai sensi dell'art. 9, co. 2, del D.Lgs. n. 218/2016 – dai dati consuntivi (elaborati al 13 dicembre 2022).

Di seguito si individua la capacità assunzionale dell'ente.

CAPACITÀ ASSUNZIONALE 2022*			
ENTRATE complessive			
ESERCIZIO	IMPORTO ACCERTATO		
2020	222.070.463,74		
2021	190.646.319,33		
2022	188.835.669,54		
TOTALE	601.552.452,61		
MEDIA TRIENNIO	200.517.484,20		
Spesa personale anno 2022	133.171.736,67		
=	$\frac{\text{SPESE PERSONALE ANNO 2022}}{\text{MEDIA ENTRATE TRIENNIO 2020-2022}}$	$\frac{133.171.736,67}{200.517.484,20}$	66,41%
	Capacità di assunzione		13,59%

* entrate al netto delle spese per investimenti.

Tale dato è in linea con quello derivante dal rendiconto per l'anno 2021, che attestava al 62,76% il rapporto tra la spesa del personale per l'anno 2021 e la media delle entrate per il triennio 2019-2021. Ciò premesso, di seguito si dà rappresentazione dei costi delle procedure del Piano assunzionale per l'anno 2023.

PIANO ASSUNZIONALE 2023

PROFILO	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2022	PIANO ASSUNZIONALE 2023	COSTI
DIRIGENTE I FASCIA	2		
DIRIGENTE II FASCIA	8	1	100.992,49 €
DIRIGENTE DI RICERCA	98	7	577.296,58 €
PRIMO RICERCATORE	264	22	1.419.686,84 €
RICERCATORE	473	36	1.854.027,36 €
DIRIGENTE TECNOLOGO	13	4	329.883,76 €
PRIMO TECNOLOGO	22	5	322.656,10 €
TECNOLOGO	101	9	463.506,84 €
FUNZIONARIO	61	8	426.527,04 €
CAER	108		
CTER	484	10	487.375,30 €
OPTER	130		
TOTALE	1764	102	5.981.952,31 €

La programmazione per il prossimo triennio, come si è detto, è frutto 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 è, altresì, data particolare attenzione al recupero delle professionalità che – come già evidenziato – annualmente si perdono e all'individuazione di profili adeguati ai nuovi obiettivi assegnati alla struttura tecno-amministrativa dell'Istituto.

Le procedure di “reclutamento” per l'anno 2023 saranno attivate attraverso due percorsi:

- a) l'attivazione di procedure concorsuali aperte all'esterno (definibile in termini di reclutamento ordinario), realizzabili – avvalendosi delle previsioni di cui all'art. 35 del d.lgs. n. 165/2001 – tramite procedure selettive volte all'accertamento della professionalità richiesta, che garantiscano in misura adeguata l'accesso dall'esterno;
- b) la valorizzazione delle risorse professionali presenti in Istituto, attivando procedure ai sensi dell'art. 12 bis del d.lgs. n. 218/2016.

Per quanto concerne le assunzioni obbligatorie di cui alla legge n. 68/99, il calcolo della quota d'obbligo dei posti da destinare al personale disabile sarà effettuato il 1° gennaio 2023, come stabilito dalla normativa in questione. Si fa presente, altresì, che alla data del 1° gennaio 2022 tale quota risultava già coperta.

Si è programmata, altresì, l'attivazione di procedure per "mobilità" volontaria, secondo quanto previsto dall'art. 30 del d.lgs. n. 165/2001: si prevede l'emissione di un bando, esclusivamente rivolto a dipendenti di amministrazioni pubbliche, che con la domanda di partecipazione manifestano il necessario consenso all'inquadramento, senza soluzione di continuità, presso l'Istituto Superiore di Sanità. Resta ovviamente necessario acquisire il nulla osta dell'amministrazione precedente, trattandosi di una fattispecie definibile in termini civilistici come cessione del contratto.

3.3.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Piano Triennale di Formazione 2023-2025 (PFT) è predisposto ai sensi del D.lgs. n. 165/2001 e del D.P.R. n. 70/2013 (articolo 8) e delle previsioni normative introdotte con la lettera b) del comma 2 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 (convertito in legge con modifiche con L. n. 113/2021) che stabiliscono che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce: *«la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale».*

Ai fini dell'elaborazione della presente sezione del P.I.A.O., si sono definiti gli obiettivi formativi dell'Istituto annuali e pluriennali, tenendo conto della strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo dell'ente sviluppando, tre livelli il programma formativo.

Lo stesso è così articolato:

- Formazione obbligatoria;
- Formazione discrezionale.

Formazione obbligatoria

Nell'ambito della formazione obbligatoria saranno realizzati i corsi annuali in materia di anticorruzione e trasparenza, piuttosto che di privacy e cyber security dedicato a tutto il personale ISS. Lo stesso sarà suddiviso in interventi di formazione generale che specifica. Sarà altresì gestita anche la formazione obbligatoria per i RUP nell'ambito della gestione dei contratti di acquisto. Anche gli aggiornamenti in materia di sicurezza sul lavoro saranno ritenuti, come sempre, prioritari in ambito formativo.

Formazione discrezionale

Per continuare ad accrescere la professionalità e l'expertise del personale dell'ISS, anche tenendo conto degli obiettivi definiti nel PIAO, saranno assegnate delle specifiche risorse a tutte le strutture dell'ente destinare esclusivamente alla formazione del personale dipendente in specifiche tematiche di carattere scientifico necessarie appunto alla struttura di riferimento per il raggiungimento degli obiettivi.

Per quanto riguarda la formazione generale del personale, è già presente nel bilancio dell'ente per l'anno 2023 lo stanziamento per l'acquisto di corsi di formazione di lingua inglese da erogare a tutto il personale, che non ha ancora una conoscenza base della lingua che invece risulta necessaria a sostenere le numerose attività dell'ente in ambito internazionale.

A completamento della proposta del presente Piano di Formazione, saranno concordati con i dirigenti amministrativi, anche in funzione degli obiettivi di trasformazione al digitale, alcuni percorsi di formazione per il personale dei livelli che opera nell'Area Amministrativa (da fruire tramite convenzioni quadro e/o catalogo SNA) e/o per il tramite di altre offerte formative da ricercare in house o in outsourcing – in materia di:

- ✓ aggiornamento sulla normativa amministrativo-contabile;
- ✓ transizione al digitale (per il RTD e il personale del SI);
- ✓ *learn management* (per tutti i Dirigenti amministrativi ed i Direttori di Struttura).
- ✓ Specifici percorsi di formazione/aggiornamento in materie giuridico-amministrative e gestionali rivolti ai dipendenti con qualifiche funzionali da fruirsi presso la SNA o altre istituzioni formative, anche in modalità da remoto.

In tema di formazione specifica, l'ente è invitato a fruire dell'offerta formativa per il personale degli EPR, partecipando a tavoli tecnici predisposti da CODIGER e INAPP. Gli stessi attengono a temi di interesse trasversale: la contabilità, il bilancio e le misure di rendicontazione progettuale.

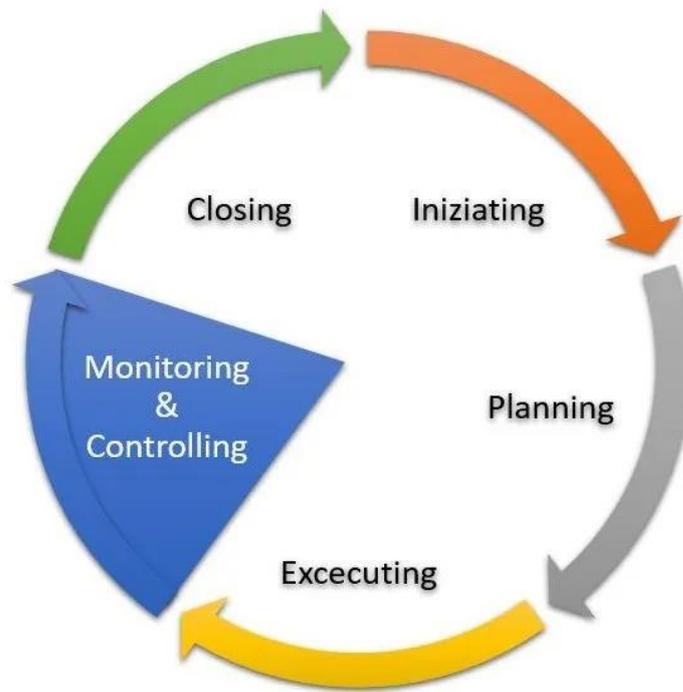
SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONI VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Al fine di poter misurare il valore pubblico generato dall'Ente grazie al raggiungimento, sia in ambito istituzionale che strategico, dei propri obiettivi di performance, per migliorare e orientare le decisioni dei vertici viene effettuato il monitoraggio. I risultati vengono analizzati in fase di rendicontazione dove viene evidenziato come il raggiungimento degli obiettivi delle singole strutture contribuisce al raggiungimento degli obiettivi generali di Performance e di valore pubblico dell'Ente. Il monitoraggio permette di effettuare anche considerazioni previsionali in un'ottica di misurare e valutare l'efficacia del valore pubblico per la società e per tutti gli utenti portatori d'interesse.

Gli indicatori e i target sono uno strumento necessario per poter monitorare regolarmente l'andamento delle attività degli obiettivi e valutare tempestivamente la necessità di implementare o meno azioni correttive in corso d'opera. La rilevazione di eventuali scostamenti tra quanto atteso ed effettivamente raggiunto, viene espressa tramite parametri contabili, quantitativi e qualitativi e rappresentata in appositi report annuali o semestrali, sottoposti dal controllo di gestione all'attenzione del Direttore generale, al fine di evidenziare l'andamento reale delle attività e di consentire, se necessario, l'attivazione di meccanismi retroattivi di feedback che porteranno a una rimodulazione o modifica degli obiettivi precedentemente definiti.

La fase di monitoraggio si inserisce all'interno del ciclo di pianificazione e programmazione del processo decisionale aziendale, ed ha il fine di controllare quanto programmato e quanto effettivamente realizzato; pertanto, diviene link tra l'attività in essere e le azioni correttive da implementare al fine di riportare le attività del processo in linea con quanto pianificato.



In fase di monitoraggio risulta fondamentale definire gli indicatori (KPI) su cui si baseranno le rilevazioni, continue e tempestive, del processo. Questa stretta temporalità permette di intervenire con tempestive correzioni prima che lo scostamento diventi troppo grande. Questo aspetto del monitoraggio facilita la funzione informativa di aggiornamento del vertice aziendale o degli stakeholders, è evidente che si possano riscontrare benefici in termini organizzativi facendo sentire parte attiva del sistema tutti i player anche quelli non direttamente coinvolti come i portatori di interesse.

La possibilità di usufruire di un sistema informativo ampio, integrato e, per quanto possibile, automatizzato, quali sistemi di business intelligence, agevola l'attività di monitoraggio della performance, rendendo visibile in tempo reale, attraverso interfacce semplici e intuitive, l'andamento dei vari dipartimenti, centri e servizi. A tal fine l'Ente intende continuare nel progetto già intrapreso di proseguire nello sviluppo di un'integrazione tra gli applicativi interni che attualmente consentono il monitoraggio del raggiungimento sia degli obiettivi di performance che di quelli di anticorruzione attraverso lo sviluppo di nuove sezioni. La realizzazione di un sistema di monitoraggio integrato tra Performance ed Anticorruzione sarà uno strumento utile per raccogliere in maniera continua, sistematica e sempre aggiornata le informazioni sull'andamento complessivo dell'intera Organizzazione. Tale sistema integrato permetterà di realizzare report utili alla dirigenza per orientare e sostenere le proprie decisioni. Parte integrante del sistema di monitoraggio della performance è la collaborazione e la supervisione da parte dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV) sia per il

rispetto degli adempimenti normativi sia per supportare l'amministrazione sul piano metodologico da utilizzare per l'organizzazione della performance all'interno dell'Ente.

Obiettivi Annuali Controllo Gestione Consultazione PTA Consultazione Storico Gestione Responsabili Impostazioni Gestione Account Tipo Rapporto

Controllo Gestione Sito [Esci](#)

Assunti per fascia di Età

18-27 28-37 38-70

Assunti per Qualifica

18-27 28-37 38-70

Top Rapporto

Tipo Rapporto: All

Qualifica: All

Assunti per fascia di Età

Assunti per Qualifica

Obiettivi Triennali

In questa sezione sono presenti le schede di raccolta degli obiettivi strategici e delle azioni di tutte le strutture dell'ISS (a partire dal triennio 2020-2022) rispetto agli obiettivi specifici dell'Ente.

Obiettivi Annuali

In questa sezione sono presenti le schede di raccolta degli obiettivi annuali di tutte le strutture dell'ISS (a partire dall'anno 2020) rispetto agli obiettivi annuali dell'Ente.

Rendicontazione

In questa sezione sono presenti le schede di raccolta delle rendicontazioni annuali e quella relativa al triennio 2017-2019, rispetto agli obiettivi annuali definiti dalle strutture dell'Ente necessarie alla redazione della Relazione annuale sulla Performance dell'Istituto Superiore di Sanità.

POLA

Questa sezione ha raccolto la mappatura delle attività, rispetto agli obiettivi triennali dell'Ente, che possono essere svolte in lavoro agile alla data di compilazione.

Fascia di Età	Femmina	Maschio
18-27	~100	~100
28-37	~750	~300
38-70	~400	~200
Totale	~1250	~600

Qualifica	Assunti
C/26	~500
C/27	~100
C/28	~100
C/29	~130
C/30	~260
C/31	~10
C/32	~10
C/33	~10
C/34	~10
C/35	~10
C/36	~10
C/37	~10
C/38	~10
C/39	~10
C/40	~10
C/41	~10
C/42	~10
C/43	~10
C/44	~10
C/45	~10
C/46	~10
C/47	~10
C/48	~10
C/49	~10
C/50	~10
C/51	~10
C/52	~10
C/53	~10
C/54	~10
C/55	~10
C/56	~10
C/57	~10
C/58	~10
C/59	~10
C/60	~10
C/61	~10
C/62	~10
C/63	~10
C/64	~10
C/65	~10
C/66	~10
C/67	~10
C/68	~10
C/69	~10
C/70	~10
C/71	~10
C/72	~10
C/73	~10
C/74	~10
C/75	~10
C/76	~10
C/77	~10
C/78	~10
C/79	~10
C/80	~10
C/81	~10
C/82	~10
C/83	~10
C/84	~10
C/85	~10
C/86	~10
C/87	~10
C/88	~10
C/89	~10
C/90	~10
C/91	~10
C/92	~10
C/93	~10
C/94	~10
C/95	~10
C/96	~10
C/97	~10
C/98	~10
C/99	~10
C/100	~10

4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il MONITORAGGIO e RIESAME sono due fasi diverse e trasversali del ciclo anche se strettamente collegate tra loro.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso per consentire, ove fosse necessario, di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Il Responsabile Anticorruzione, attraverso lo strumento della Piattaforma Informatica Anticorruzione, può seguire in tempo reale l'avanzamento nella compilazione dei dati da parte delle Strutture e può, come previsto dalla normativa, monitorare costantemente l'attuazione delle misure e riesaminare ad intervalli programmati il funzionamento del sistema nel suo complesso.

IL RIESAME DEL CICLO

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 ponderazione del rischio.

Considerata la data definitiva di approvazione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione dell'ISS 2022-2024 (PIAO) avvenuta il 28.06.2022, per l'annualità 2022, si è provveduto a dare avvio alla fase di RIESAME del ciclo ad inizio del mese di agosto.

Il RPCT, con mail datata 04 agosto 2022 e con fissazione della scadenza per l'adempimento al 21 settembre 2022, ha chiesto ai Referenti di provvedere, utilizzando lo strumento della Piattaforma Informatica Anticorruzione dell'ISS, disponibile nell'intranet, verificare:

- 1) che i PROCESSI in cui è descritta l'attività posta in essere dalla Struttura fossero ancora attuali.
- 2) che le FASI di cui si compongono i processi fossero correttamente rappresentate verificandone al contempo la correttezza della descrizione, del soggetto attuatore, della misura di contenimento proposta.

Qualora si fosse verificata la necessità di apportare modifiche ai dati rappresentati in piattaforma i Referenti erano invitati ad inviare una mail all'indirizzo dedicato piattaforma.anticorruzione@iss.it. Entro la scadenza fissata sono pervenuti n.14 risconti dai Referenti contenenti richieste di modifica di vario genere.

Le modifiche hanno riguardato l'inclusione di nuovi processi e l'eliminazione di processi superati e sono state acquisite nella base dati della piattaforma informatica. Non sono invece state chieste modifiche relativamente all'analisi del rischio con specifico riguardo a rischi emergenti.

Nel corso del 2023 è prevista una nuova fase di RIESAME che avverrà entro il primo semestre dell'anno, tale da permettere una ripartenza del ciclo basata su dati aggiornati.

IL MONITORAGGIO

Monitoraggio degli adempimenti anticorruzione contenuti nella sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO

Ogni anno le Amministrazioni sono tenute ad effettuare il Monitoraggio degli adempimenti previsti nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO utilizzando la piattaforma messa a punto dall'ANAC.

L'inserimento dei dati sul monitoraggio, solitamente effettuato alla fine di ogni anno, genererà in automatico la Relazione Annuale che sarà lo strumento attraverso il quale il RPCT potrà illustrare i risultati raggiunti in tema di prevenzione della corruzione.

La Relazione Annuale del RPCT guiderà l'Organo di Indirizzo nella definizione degli obiettivi dell'annualità successiva.

Monitoraggio delle misure generali

Verrà assicurato, anche per il periodo di vigenza del presente Piano, il monitoraggio semestrale delle misure generali anticorruzione.

Saranno inviate, a cura del RPCT, note ad hoc ai Responsabili degli Uffici Amministrativi competenti in materia, per la verifica dell'applicazione delle misure di contenimento di tipo generale, così come individuate nelle specifiche sezioni Anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Monitoraggio delle misure specifiche

Come già evidenziato il processo di gestione del rischio deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e di riscontri in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del miglioramento progressivo e continuo. La fase di monitoraggio permette che il miglioramento progressivo sia costante e partecipato.

L'attività di monitoraggio dell'applicazione delle misure specifiche di contenimento viene svolta in ISS in due specifici momenti.

Il monitoraggio di primo livello avviene in autovalutazione da parte dei Referenti attraverso la piattaforma. Permette un primo livello di analisi in capo alla Struttura che è chiamata ad adottare la misura.

Il monitoraggio di secondo livello viene svolto dal RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto, che verificherà la reale applicazione delle misure di contenimento proposte e valutate come applicate nella fase di autoanalisi.

Nel mese di ottobre 2022 le Strutture dell'ISS sono state invitate ad effettuare il monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure di contenimento proposte.

Tutte le Strutture hanno inserito i relativi dati sulla piattaforma informatica entro il mese di settembre, dando specifico rendiconto della applicazione delle misure individuate o motivando la eventuale mancata applicazione; in taluni casi hanno provveduto a suggerire delle misure alternative.

Il RPCT ha provveduto ad effettuare il monitoraggio di secondo livello. E' stato scelto di utilizzare la tecnica del c.d. "campionamento ragionato" (all. 1 al PNA 2019) e di analizzare, a campione per ogni Struttura, una fase di un singolo processo nella quale fosse stato individuato un rischio di livello alto o medio.

Per quella specifica fase è stato chiesto di fornire la documentazione a supporto dell'effettiva applicazione della misura.

Nel corso del triennio di vigenza del presente PIAO si provvederà ad effettuare la sessione di monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure nel mese di ottobre e la sessione di monitoraggio di secondo livello nel mese di novembre.

SEZIONE 5. PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE 2023 - 25

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con Decreto del Direttore Generale n.129/2019 del 29.10.2019, ha provveduto al rinnovo del COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Con tale Decreto, in seguito al compimento del precedente mandato, il Direttore Generale ha designato le/i nuovi Componenti e la Presidente del CUG per il periodo 2019 – 2023, ai sensi di quanto previsto dall'art. 57 del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 21 della L. n. 183/2010, e regolamentato dalle “Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia”, emanate con Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 e successivamente aggiornate in data 26.06.2019.

Il nuovo CUG si è insediato il 9 dicembre 2019.

La Direttiva 23 maggio 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, conferma l'obbligo di pianificare iniziative per promuovere le pari opportunità di lavoro e nel lavoro e per assicurare la rimozione degli ostacoli che ne impediscono la piena realizzazione. La detta Direttiva è stata aggiornata dalla successiva Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, alla luce degli indirizzi definiti dall'Unione Europea. Tale Direttiva indica che il CUG, che ha sostituito i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing (art. 57, comma 01, del D. Lgs. 165/2001) all'interno della sua funzione propositiva deve predisporre un **Piano di Azioni Positive (PAP)** volte a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire e rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica.

Tra le azioni messe in atto dall'insediamento dell'attuale CUG possiamo elencare:

- Presentazione del CUG al personale ISS nel corso dell'evento in streaming “**Parliamo di Smart Working**” che si è tenuto il 17 Dicembre 2020. Scopo del Webinar è stato quello di presentare ed affrontare le problematiche del lavoro agile emerse durante il *lockdown* per provare a ragionare su una nuova cultura del lavoro orientata alla tutela e al benessere delle lavoratrici e dei lavoratori. Al webinar è seguita la pubblicazione di un articolo nel Notiziario ISS (Vol. 34 (3) 2021, pp. 15-16).
- Attivazione della casella di posta elettronica dedicata (cug@iss.it).
- Predisposizione di pagine web Intranet e pubbliche dedicate al CUG.
- Predisposizione del Piano di Azioni Positive (2020-2022; 2021-2023).
- Attivazione della funzione di garante indipendente (Consigliera/e di fiducia) da parte dell'Amministrazione e istituzione dello sportello di ascolto per il personale.
- In seguito all'emergenza COVID-19, il CUG è stato un interlocutore privilegiato per l'identificazione delle criticità e opportunità offerte dal lavoro agile nella fase emergenziale e ha predisposto

un'indagine sul soddisfacimento del personale relativamente all'esperienza di lavoro agile durante il lockdown. I risultati dell'indagine sono stati di supporto per la predisposizione del Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) dal parte dell'Amministrazione.

- Formulazione di pareri in merito al regolamento proposto dall'amministrazione sul lavoro agile in modalità ordinaria.
- Incontro del CUG con la segreteria del Forum dei CUG della Pubblica Amministrazione al fine dell'ingresso del CUG nella rete.
- Partecipazione ad Assemblee organizzate dal Forum dei CUG della Pubblica Amministrazione e partecipazione a eventi formativi.
- Azioni di sensibilizzazione del personale nei confronti di problematiche di genere. Organizzazione di una serie di seminari sul corretto uso del linguaggio dal titolo "Sono solo parole".
- Partecipazione all'indagine di monitoraggio sul lavoro agile emergenziale svolto nelle amministrazioni pubbliche dal marzo 2020. L'indagine è stata promossa per conoscere le modalità attuate dalle PA aderenti alla rete Nazionale dei CUG e destinata a fornire spunti di riflessione e azione utili all'aggiornamento delle politiche nazionali sul lavoro relativamente a tre dimensioni: tecnologica, innovazione e effettiva attuazione.
- Proposta all'amministrazione di adesione alla campagna Nastro Rosa dell'ottobre 2021 promossa dall'AIRC per richiamare l'attenzione sull'importanza della ricerca oncologica e sulla prevenzione.
- Collaborazione con l'Amministrazione alla formulazione del Gender Equality Plan.
- Istituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di raccomandazioni in merito all'utilizzo di un linguaggio rispettoso del genere.
- Organizzazione, assieme al settore Comunicazione ISS, di un *Reading* in occasione della giornata contro la violenza sulle donne – 25 novembre 2022.

I principi che informano il Piano triennale di Azioni Positive 2023 – 2025 si fondano sulla necessità di dare un contributo concreto all'attuazione delle pari opportunità nel lavoro, di migliorare il clima lavorativo e di favorire la condivisione di valori di equità e di rispetto individuale nell'ambito dell'Ente, nonché di ottimizzare l'organizzazione del lavoro, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Per il triennio a venire il CUG mantiene come prioritarie le "Aree di intervento" precedentemente identificate ai fini della definizione del Piano triennale di Azioni Positive 2023 – 2025:

1. Ruolo del CUG all'interno e all'esterno dell'Ente
2. Comunicazione e informazione
3. Conciliazione tempi di vita/tempi di lavoro
4. Benessere lavorativo e pari opportunità
5. Rappresentatività e dignità di genere

L'attuazione del Piano richiede la disponibilità di specifiche risorse economiche, umane e logistiche (ad esempio risorse informatiche, risorse per la formazione) da concordare con l'amministrazione.

Le proposte introdotte nel 2023 sono evidenziate in azzurro.

1. Ruolo del CUG all'interno e all'esterno dell'Ente

Criticità	Favorire un sempre maggiore coinvolgimento del CUG nella definizione delle politiche per il personale Necessità di un maggiore collegamento con organismi esterni
Obiettivi	Garantire il diritto del personale all'accesso ad un garante indipendente (Consigliera/e di fiducia) Garantire il coinvolgimento del CUG nei momenti strategici e decisionali di definizione delle politiche per il personale Garantire al personale la diffusione e la conoscenza dei documenti elaborati dal CUG e/o condivisi con l'Amministrazione e/o necessari alla tutela del diritto del lavoro e dei codici di comportamento Stabilire rapporti formali con gli organismi esterni di rilievo (Consigliere di parità, altri CUG, Forum dei CUG della PA)
Azioni	Promuovere presso l'Amministrazione l'acquisizione del parere preventivo del CUG in merito a tutte le politiche relative al personale Accelerare la raccolta dei documenti relativi a / rilevanti per l'attività del CUG Promuovere incontri con i rappresentanti dei CUG di altri Enti Pubblici di Ricerca (EPR) <i>Mantenere la relazione tra CUG ISS e organismi esterni di rilievo</i> (Forum dei CUG della PA) Partecipare al FORUM dei CUG della pubblica amministrazione attraverso la partecipazione alle Commissioni e alle Assemblee
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica	2023 – 2025

2. Comunicazione e informazione

Criticità	Scarsa conoscenza del CUG e del suo ruolo da parte del personale ISS Scarsa conoscenza del CUG-ISS e delle sue attività all'esterno Scarsa conoscenza all'interno dell'Ente dei documenti elaborati dal precedente CUG (relazioni, bilanci di genere) Scarsa conoscenza del personale rispetto alle materie di pari opportunità
Obiettivi	Promuovere la conoscenza del CUG e delle sue azioni Promuovere la conoscenza della normativa a riguardo Garantire percorsi di aggiornamento delle conoscenze e competenze del CUG
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzare almeno un evento/anno ISS destinato a illustrare al personale ISS l'attività del CUG • Gestire la casella di posta elettronica dedicata (cug@iss.it) • Gestire le pagine web Intranet e pubbliche dedicate al CUG • Elaborare articoli divulgativi sulle attività del CUG

	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzare eventi divulgativi e di formazione per il personale (webinar, seminari, etc.) con particolare riferimento al contrasto delle discriminazioni e del mobbing • Diffondere al personale ISS il notiziario “La voce dei CUG” e altre informazioni ricevute dalla rete dei CUG • Diffondere al personale ISS eventuali opportunità di formazione sui temi della valorizzazione del personale, lotta alle discriminazioni e parità di genere. • Partecipare attivamente a iniziative formative e progettuali di sensibilizzazione alle tematiche inerenti i compiti del CUG • Promuovere l’utilizzo di un linguaggio non discriminatorio (ad esempio nei documenti dell’ente) attraverso la stesura di Raccomandazioni per una comunicazione istituzionale non discriminatoria
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica	2023 – 2025

3. Conciliazione tempi di vita/tempi di lavoro

Criticità	Necessità di favorire una specifica politica dell’Ente volta a promuovere ed attuare le disposizioni esistenti e a definire strumenti idonei
Obiettivi	Garantire adeguato supporto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro Garantire il sostegno alla genitorialità tenendo in considerazione entrambi i genitori e il sostegno alle categorie fragili
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare il regolamento sul lavoro agile • Supportare l’amministrazione nella stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell’ISS (PIAO) • Monitorare le modalità di fruizione del lavoro agile e del telelavoro • Partecipare alla strutturazione di un modello per definire indicatori/criticità di applicazione e valutazione del lavoro agile • Sostenere la genitorialità, attraverso la promozione e il monitoraggio delle relative politiche dell’Ente • Proporre l’attuazione di politiche per il re-inserimento del personale dopo periodi di assenza dal lavoro • Promuovere, anche sulla base di azioni pilota già intraprese, la fruizione di asili nido in prossimità del luogo di lavoro
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica:	2023 – 2025

4. Pari opportunità e benessere lavorativo

Criticità	Scarsa conoscenza dei fattori che concorrono a promuovere il benessere lavorativo e a prevenire fenomeni di discriminazione
Obiettivi:	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenire eventuali situazioni di mobbing, di fenomeni di sopruso, di discriminazioni arbitrarie, di condotte prevaricanti, di molestie o di emarginazione • Migliorare il benessere organizzativo anche alla luce delle esperienze maturate durante la pandemia di COVID-19 • Promuovere la consapevolezza sullo stress lavoro-correlato • Acquisire e diffondere la conoscenza sulle problematiche in merito alle pari opportunità
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare l’attività dello sportello di ascolto nella prevenzione di eventuali situazioni di mobbing, di fenomeni di sopruso, di discriminazioni arbitrarie, di

	<p>condotte prevaricanti, di molestie o di emarginazione e proporre iniziative volte al contrasto di tali situazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborare con il Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e con il Medico competente (MC) per la stesura del Documento di Valutazione del rischio (DVR) stress lavoro correlato • Avviare un'indagine sul benessere lavorativo del personale seguendo esempi già attuati in altre amministrazioni pubbliche • Mantenere alta l'attenzione dell'Amministrazione ai bisogni formativi del personale relativamente a: promozione della salute; formazione alla leadership (assertività); formazione all'uso delle nuove tecnologie. • Verificare che il personale abbia facile accesso ad informazioni relative a iniziative che possano avere un impatto sul benessere (ad esempio benefici assistenziali, mobilità interna o esterna, ecc.) • Valutare le politiche dell'ENTE in merito alla formazione professionale continua (ad esempio, accesso a Master o specializzazioni)
Attori	Direzione Generale, CUG, RSPP, MC
Tempistica	2023 – 2025

5. Rappresentatività e dignità di genere

Criticità	<p>Scarsa sensibilizzazione in merito alle tematiche di genere Diversa prevalenza di genere nelle posizioni apicali Diversa rappresentatività di genere all'interno e all'esterno dell'Ente</p>
Obiettivi	<p>Promuovere la cultura del rispetto e delle pari opportunità Promuovere un'equa rappresentatività di genere nelle attività dell'ENTE</p>
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere iniziative di sensibilizzazione del personale e dei soggetti in formazione sugli stereotipi di genere • Promuovere presso l'Amministrazione la stesura del "Bilancio di genere" e la revisione del Gender Equality Plan • Promuovere una mappatura degli incarichi ISS in funzione del genere • Promuovere la presenza di entrambi i generi negli eventi pubblici, ad es. corsi, convegni e webinar organizzati dall'Ente • Promuovere un'iniziativa pilota finalizzata ad una migliore consapevolezza dei lavoratori e delle lavoratrici dei bisogni e delle aspettative rispetto alla propria funzione, nell'ottica di migliorare il benessere organizzativo del personale
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica	2023 – 2025