



Istituto Superiore di Sanità

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE
TRIENNIO 2025-2027**



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Sommario

INTRODUZIONE	3
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE. CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, PER CHI LO FACCIAMO	6
1.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO: SCENARIO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE	7
1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	17
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	23
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO	23
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE	34
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	46
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	137
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	137
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	138
3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	143
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	154
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	160
4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	160
4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	163
SEZIONE 5. AZIONI POSITIVE	165
PREMESSA	165
PROPOSTE	166
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	173

INTRODUZIONE

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 (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.

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

A ciò si aggiunga da ultimo che:

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

Pertanto, ai sensi del 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**” e il “**Piano della formazione**”.
- **Sezione 4. Monitoraggio** nella quale sono stati indicati i soggetti, gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni precedenti.
- **Sezione 5. Piano delle Azioni Positive.**

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

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

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

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

In merito all’adozione dei due atti di programmazione dell’Ente, occorre ricordare la recente costituzione degli Organi Collegiali dell’Ente; specificatamente il Consiglio di Amministrazione si è insediato in data 29 aprile 2024 ed il Comitato Scientifico in data 21 ottobre 2024.

Nelle more della loro nomina si è ritenuto comunque necessario e doveroso assicurare l'adozione del PIAO 2024-2026 entro il termine prescritto dalla normativa di riferimento (31 gennaio 2024), mediante atto monocratico del Presidente, in osservanza dell'art. 4, comma 3, lett. g) dello Statuto dell'Ente, successivamente ratificato dal Consiglio di Amministrazione in data 29 aprile 2024, alla prima seduta utile.

Con riferimento, invece, al PTA relativo alle annualità 2024-2026, in assenza di analoga disposizione statutaria che consenta al Presidente, per motivi di urgenza, di adottare atti riconducibili alle attribuzioni del Comitato Scientifico e considerando che quest'ultimo, organo necessario per l'espressione del parere sul Piano Triennale di Attività ai sensi di quanto disposto dall'art. 16 dello Statuto, si è insediato solo in data 21 ottobre 2024, non si è ravvisata la necessità di procedere all'aggiornamento dell'annualità 2024, in quanto prossimi alla scadenza dell'anno.

Al riguardo, si è ritenuto più coerente, in un'ottica di economia dell'attività dell'Ente e considerato quanto predetto circa la particolarità dell'anno 2024 per quanto concerne gli Organi Collegiali dell'Istituto, procedere direttamente, entro il 31 gennaio 2025 alla deliberazione del PTA e del PIAO 2025-2027, non procedendo, per l'annualità 2024, all'aggiornamento del PTA. Pertanto, si è confermato quanto già previsto dal PIAO 2024-2026 e dal PTA 2023-2025, già approvato dal Ministero Vigilante.

In particolare, per quanto concerne l'annualità 2024, in merito alla programmazione dei fabbisogni di personale, si è mantenuta la programmazione già delineata nel PIAO 2024-2026 e, con riferimento alle linee programmatiche dell'attività di ricerca, si è tenuto fede a quanto già stabilito nel PTA relativo al triennio 2023-2025.

La strategia del triennio 2025-2027 è stata dunque configurata come il naturale proseguo delle linee di indirizzo contenute nel PTA e nel PIAO del precedente triennio, e tiene conto del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, così come aggiornato e modificato con deliberazione n. 1 allegata al verbale n. 24 della seduta del Consiglio di Amministrazione dell'11.04.2018 e, da ultimo, con disposizione commissariale n. 5 del 19 ottobre 2023.

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

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Sede	Viale Regina Elena, 299 – CAP 00161 Roma
Ulteriore sede operativa	Via Giano della Bella, 34 – CAP 00161 Roma
Codice Fiscale	80211730587
Presidente	Prof. Rocco Domenico Alfonso BELLANTONE
Direttore Generale	Dott. Andrea PICCIOLI
Personale al 31.12.2024	- 1728 dipendenti a tempo indeterminato - 200 dipendenti a tempo determinato
Comparto di appartenenza	Enti Pubblici di Ricerca di cui al Decreto Legislativo 25 novembre 2016, n. 218
Regolamento di Organizzazione e Funzionamento	https://www.iss.it/-/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivita-1
Statuto	https://www.iss.it/-/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivita-1
PEC	protocollo.centrale@pec.iss.it

1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE. 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 1700 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.

L'ISS svolge inoltre un ruolo essenziale come nodo per l'informazione e la divulgazione autorevole e scientificamente corretta, attraverso il sito istituzionale (www.iss.it), e le diverse serie di pubblicazioni, tra cui gli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, disponibili gratuitamente sul sito dell'Istituto, e attraverso canali di comunicazione dedicati ai cittadini, quali il portale *ISSalute*, il Museo, i telefoni verdi.

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, 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 1700 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 tecnico scientifico del Ministero della Salute, delle agenzie (AGENAS, AIFA), degli istituti nazionali (INMP, IRCCS, ecc.), delle Regioni e 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 altri EPR, il sistema giudiziario, ecc.).

L'Istituto opera per la promozione e la tutela della salute pubblica anche a livello 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 globali, regionali 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 ministero della Salute ed il MAECI.



Finanziamenti e accordi di collaborazione

È possibile definire gli stakeholders dell’Istituto in funzione dei finanziamenti su base competitiva, raggruppando le convenzioni ottenute per macrocategorie di stakeholders:



Tra gli stakeholders sopra riportati nel grafico, i principali per l’Istituto, rispetto ai finanziamenti su base competitiva, sono gli enti, agenzie e istituti nazionali e internazionali, tra i quali l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l’Agenzia Spaziale Italiana (ASI), l’European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), l’Organizzazione Mondiale della Sanità, il National Institute of Health (NIH) e

l'European Food Safety Authority. Inoltre, un'importante quota dei finanziamenti ottenuti è riferita alla Commissione Europea, in relazione ai programmi Horizon Europe e EU4H, e al Ministero della Salute, al Ministero dell'Università e della Ricerca e al Ministero degli Affari Esteri.

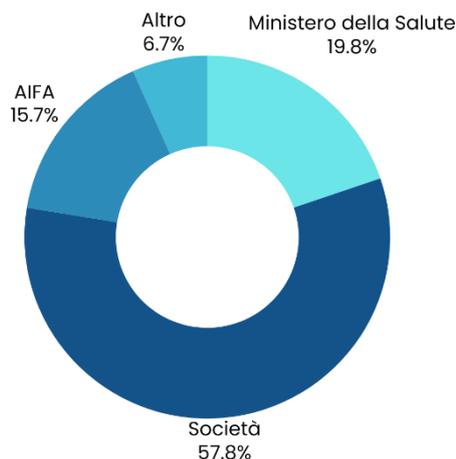
Inoltre, i principali stakeholders con cui l'Istituto stipula accordi di collaborazione sono aziende ospedaliere, asl, enti, agenzie e istituti nazionali e internazionali, oltre alle università nazionali e internazionali.

Attività di monitoraggio, regolazione, controllo, ispezione e consulenza

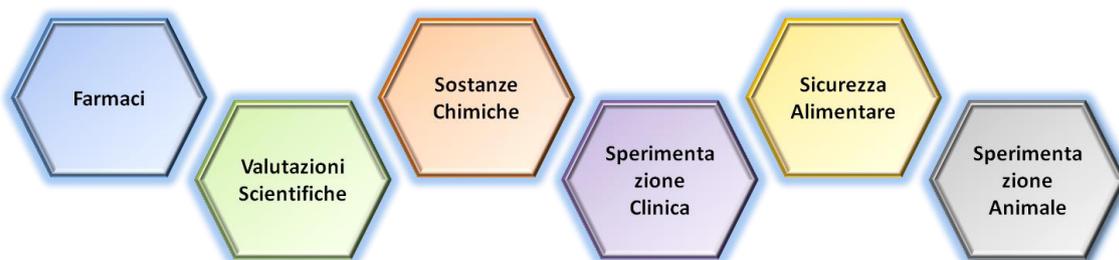
Un altro importante bacino di utenza dell'Istituto è rappresentato dagli *stakeholders* con i quali l'ISS interagisce nell'ambito della propria attività cd. istituzionale (rilascio di certificazioni, pareri, valutazioni, controlli), in riferimento alla quale si nota una presenza più decisa di interazioni con i privati, di seguito vengono rappresentate le principali macro-categorie di stakeholders:



Storicamente la maggioranza delle richieste totali pervenute all'Istituto, per l'espletamento di attività di controllo, analisi, certificazione e parere, deriva da stakeholders privati e da aziende ospedaliere/ASL. Relativamente alle attività di controllo, di certificazione e di consulenza si può affermare che il 58% è rappresentato da richieste pervenute all'Istituto da stakeholders privati (in particolare società), il 19% riguardano richieste pervenute dal Ministero della Salute, mentre circa il 16% da servizi richiesti dall'Agenzia italiana del farmaco. Infine, il 2% degli stakeholders in questo ambito è di derivazione del SSN, quali aziende ospedaliere e ASL, mentre le restanti categorie di stakeholders si posizionano sotto la soglia dell'1%.

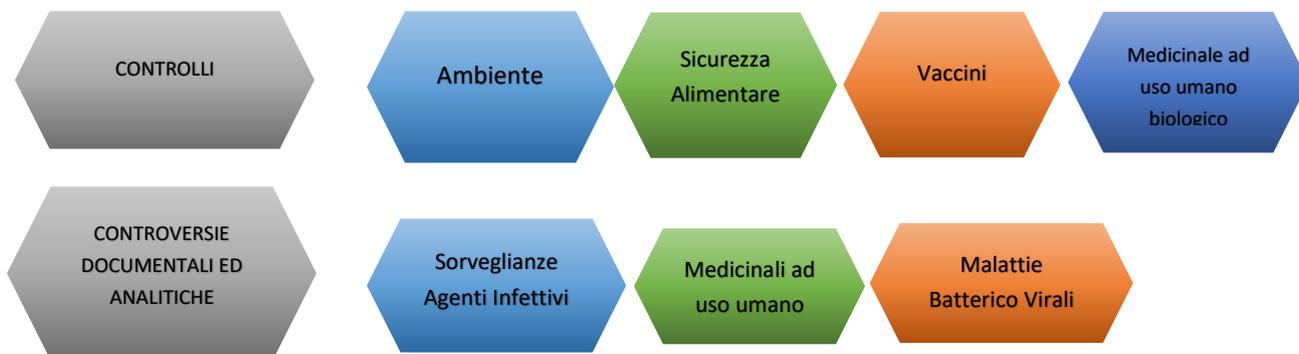


Le richieste che pervengono all’Istituto ogni anno possono essere raggruppate in diverse aree tematiche di appartenenza. Di seguito si riportano le principali macroaree relativamente alle richieste di parere:

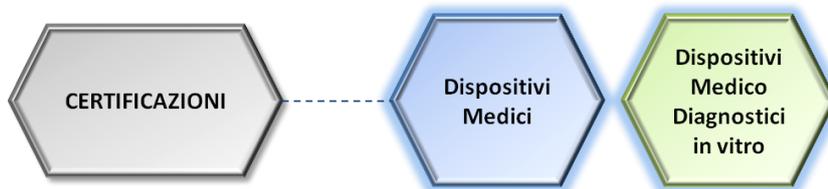


Quantitativamente la tematica su cui l’Istituto emette un maggior numero di pareri è la “*Sperimentazione Animale*” seguita dalla tematica “*Sostanze Chimiche*”.

Tra le attività istituzionali, oltre ai pareri l’istituto effettua controlli e controversie documentali ed analitiche, anche queste attività possono essere classificate nelle rispettive macrocategorie per tematica di seguito rappresentate (le macrocategorie riportate sono solo le principali):



Infine, troviamo le Certificazioni; a tal riguardo è importante sottolineare che l'Istituto è un punto di riferimento per aziende che operano sul territorio nazionale, europeo ed extra-europeo nel rilascio di certificazione CE. Di seguito le due principali macrocategorie relative al rilascio di Certificazioni:



Più del 90% delle certificazioni rilasciate ogni anno dall'Istituto riguardano i “*Dispositivi Medici*”.

Sorveglianze e Registri

L'Istituto Superiore di Sanità ha come obiettivo primario la salvaguardia della salute pubblica, operando a livello nazionale e internazionale mediante la partecipazione attiva a strategie di sanità pubblica e ricerca biomedica. L'ISS collabora con regioni, ASL e ospedali, costituendo una rete cruciale per la raccolta di dati utili al monitoraggio sanitario del Paese. Attraverso sistemi di sorveglianza integrati, l'Istituto raccoglie dati su malattie infettive e non infettive, fattori di rischio e interventi innovativi, fornendo informazioni essenziali per decisioni e interventi mirati in sanità pubblica. L'attività di sorveglianza, conforme alle normative comunitarie e nazionali, comprende analisi continue dei dati e la loro disponibilità per coloro responsabili delle misure nel settore. Oltre alle sorveglianze normate dal DPCM 3/3/2017, l'ISS si impegna in nuovi progetti di sorveglianza o registrazione, collaborando con vari stakeholders nel settore sanitario, dall'assistenza pubblica alle associazioni di pazienti, per affrontare patologie emergenti e innovazioni preventive e assistenziali. Di fatti è importante sottolineare come le interazioni tra l'ISS e altri stakeholders derivino anche dalla gestione di specifici progetti come, ad esempio, quello finanziato dal Ministero della Salute attraverso l'Istituto, relativo al progetto “Rete Italiana per la sorveglianza virologica, il monitoraggio immunologico, la formazione e la ricerca in Preparazione alla gestione delle Emergenze Infettive –



R.I.Pr.E.I.”. In particolare, tra gli stakeholders che hanno partecipato al bando troviamo: ricercatori che operano presso Università, Enti di Ricerca, Enti del SSN e Sanità militare.

Infine nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR/PNC), specificamente nel contesto del piano operativo dedicato a salute, ambiente, biodiversità e clima, è stato assegnato all'Istituto Superiore di Sanità il compito di implementare e coordinare la rete SNPS (Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici). Questo incarico, derivante dal Decreto-legge n. 36 del 30 aprile 2022 e successivamente convertito in legge con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 29 giugno 2022, n. 79, mira a creare sinergie con il sistema ambientale preesistente,

il SNPA. Il programma prevede l'istituzione di strutture di monitoraggio, informatizzazione e condivisione di indicatori sanitari, ambientali e climatici su scala regionale e nazionale. Questa iniziativa è volta a garantire l'accesso a dati e informazioni essenziali per affrontare le sfide urgenti legate alla salute, all'ambiente e ai cambiamenti climatici.

Formazione



Nel quadro della promozione della formazione di giovani ricercatrici e ricercatori, l'Istituto Superiore di Sanità svolge un ruolo significativo, offrendo supporto attraverso l'attivazione di borse di studio e finanziamenti sia per dottorandi che per medici in formazione specialistica. Negli ultimi tre anni, si è registrato un notevole incremento dei dottorati svolti presso l'Istituto, con una media di 78 dottorandi presenti, frutto di altrettante convenzioni stipulate

con importanti Atenei italiani. Questi dottorandi sono distribuiti nelle diverse strutture dell'ISS, testimoniando una collaborazione diffusa e sinergica con le istituzioni accademiche.

Parallelamente, la stessa dedizione alla formazione è stata estesa ai medici in formazione specialistica. L'Istituto ha sviluppato un format innovativo per agevolare la stipula di accordi con Università e Scuole di specializzazione. Queste collaborazioni coinvolgono Scuole di specializzazione distribuite su tutto il territorio italiano, con particolare rilievo nel settore dell'Igiene e Medicina Preventiva.

Nella figura sottostante sono rappresentate le Università con cui collabora l'ISS per la creazione di convenzioni finalizzate all'attivazione di dottorati e borse di studio:



Altra attività espletata dall'Istituto nell'ambito dei propri compiti istituzionali è la funzione formativa, quale organizzazione di corsi, workshop e ogni altro tipo di evento che attui un progetto di formazione continua per il trasferimento delle competenze e conoscenze presenti in Istituto, necessarie a soddisfare esigenze oggettive del servizio sanitario nazionale. L'attività di formazione e divulgazione scientifica è svolta attraverso l'organizzazione ed erogazione di diversi tipi di eventi: convegni, conferenze, workshop, seminari, corsi di formazione (residenziali, a distanza, sul campo, blended). Le attività formative coprono le più importanti tematiche di sanità pubblica di interesse nazionale ed internazionale.

Da un'analisi del triennio passato si è riscontrato un aumento di eventi accreditati ECM e il superamento di eventi accreditati FAD e da remoto rispetto ad eventi residenziali, anche per l'impossibilità talvolta di fruizione di spazi disponibili e adeguati. Attraverso l'erogazione di formazione a distanza e blended, l'Ente ha dimostrato di essere in grado di raggiungere in tempi molto brevi decine di migliaia di professionisti in ogni parte del Paese e potenzialmente del globo. Questa evidenza è stata declinata negli ultimi tre anni attraverso la stipulazione di accordi con Ministeri, Ordini professionali e società scientifiche.

Di seguito si offre una rappresentazione grafica dei destinatari degli eventi formativi e gli enti, istituzioni ed organizzazioni con cui collabora:



Servizi al cittadino

Un fondamentale 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.

All'interno dei nostri sforzi per informare e comunicare con i cittadini, il servizio dei telefoni verdi svolge un ruolo di primaria importanza. Il servizio "Telefono Verde" dell'Istituto Superiore di Sanità emerge come centrale nell'integrazione di attività di prevenzione, comunicazione sanitaria e ricerca psico-socio-comportamentale. Posizionati nei vari Centri e Dipartimenti dell'ISS, i sette telefoni verdi sono gestiti in modo specializzato e affrontano diverse esigenze e richieste. Cinque di essi, gestiti dal Centro Nazionale dipendenze e doping, coprono stakeholders come tossicodipendenti, eterosessuali, omo-bisessuali, HIV-positivi e altri. Per il telefono verde per le malattie rare i principali stakeholders includono persone affette da malattie rare, professionisti del settore sanitario e sociosanitario, nonché cittadini in cerca di informazioni sulla situazione di Covid-19 e sugli sviluppi in Ucraina. Nel contesto del Telefono Verde sulle dipendenze e il doping, si possono categorizzare quali stakeholders anche i cittadini interessati a informazioni sul fumo, gioco d'azzardo, doping, alcol e droga. Questa segmentazione consente all'ISS di rispondere miratamente alle diverse esigenze, garantendo un servizio

efficace e personalizzato attraverso l'analisi delle richieste e l'adattamento alle peculiarità di ciascun gruppo.

L'Istituto, inoltre, intrattiene un solido rapporto con i cittadini attraverso varie iniziative, tra cui l'attività del museo e l'organizzazione di importanti eventi come la Notte dei Ricercatori e la Notte dei Musei. Queste occasioni offrono l'opportunità di sensibilizzare i cittadini sulle tematiche legate alla sanità pubblica, promuovendo una maggiore consapevolezza e comprensione degli argomenti scientifici. Inoltre, tali iniziative consentono di instaurare relazioni con scuole di tutti i livelli, sia a livello nazionale che internazionale, coinvolgendo anche enti, fondazioni e cariche istituzionali.

Collaborazioni internazionali

Oltre al quotidiano impegno per il nostro Paese in quanto organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'Istituto è impegnato nella promozione della tutela della salute pubblica a livello europeo ed internazionale, attraverso le sue attività istituzionali in tutti i domini identificati come propri.

Il ruolo dell'ISS, già significativo a livello internazionale, si è potenziato nell'ultimo triennio. Da un lato, si è operato per garantire e standardizzare i percorsi istituzionali con il Ministero vigilante (Ministero della salute) ed il MAECI, così da operare nell'ambito di un coordinamento nella rete istituzionale di cui ISS fa parte come principale ente di ricerca per la sanità pubblica italiana; dall'altro lato, per incentivare accordi e collaborazioni con i diversi contesti globali promuovendo soprattutto collaborazioni nella ricerca e nella formazione in sanità pubblica.

L'ISS, inoltre, collabora con le principali agenzie internazionali e multilaterali (come illustrato nella figura sotto, lista non esaustiva, trattandosi di progetto in progressiva espansione)



Infine, nell'ambito del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari e quindi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), vediamo coinvolto l'ISS sia come una delle 15 Unità Operative del progetto sia come ente di supporto al coordinamento scientifico del Progetto: "Il sistema nazionale per il controllo e la sorveglianza dei chemicals a tutela della salute pubblica".

Tale progetto, in linea con le azioni previste dalla "Chemicals Strategy for Sustainability" dell'UE, prevede la realizzazione di un sistema integrato di Sorveglianza e Controllo sui Chemicals con l'intento di favorire l'interazione e la collaborazione fra Centri Antiveleni, Rete dei laboratori di controllo e Autorità competenti centrali e periferiche, agevolando la condivisione di informazioni, esperienze, procedure e metodologie. Il Progetto prevede anche attività di informazione, sensibilizzazione e segnalazione di problematiche connesse ai Chemicals destinato al cittadino.

In particolare, l'Istituto è responsabile di due bandi nell'ambito del Programma di Ricerca del Partenariato Esteso INF-ACT, finanziato dal PNRR nel campo delle malattie infettive emergenti; l'obiettivo dei due bandi consiste rispettivamente, nel sviluppare una rete, a livello nazionale, che sia in grado di studiare marker clinici e diagnostici di gravità/esito di malattie infettive emergenti ed una rete volta a migliorare la capacità di monitorare il comportamento umano per costruire modelli innovativi di trasmissione delle malattie infettive emergenti.

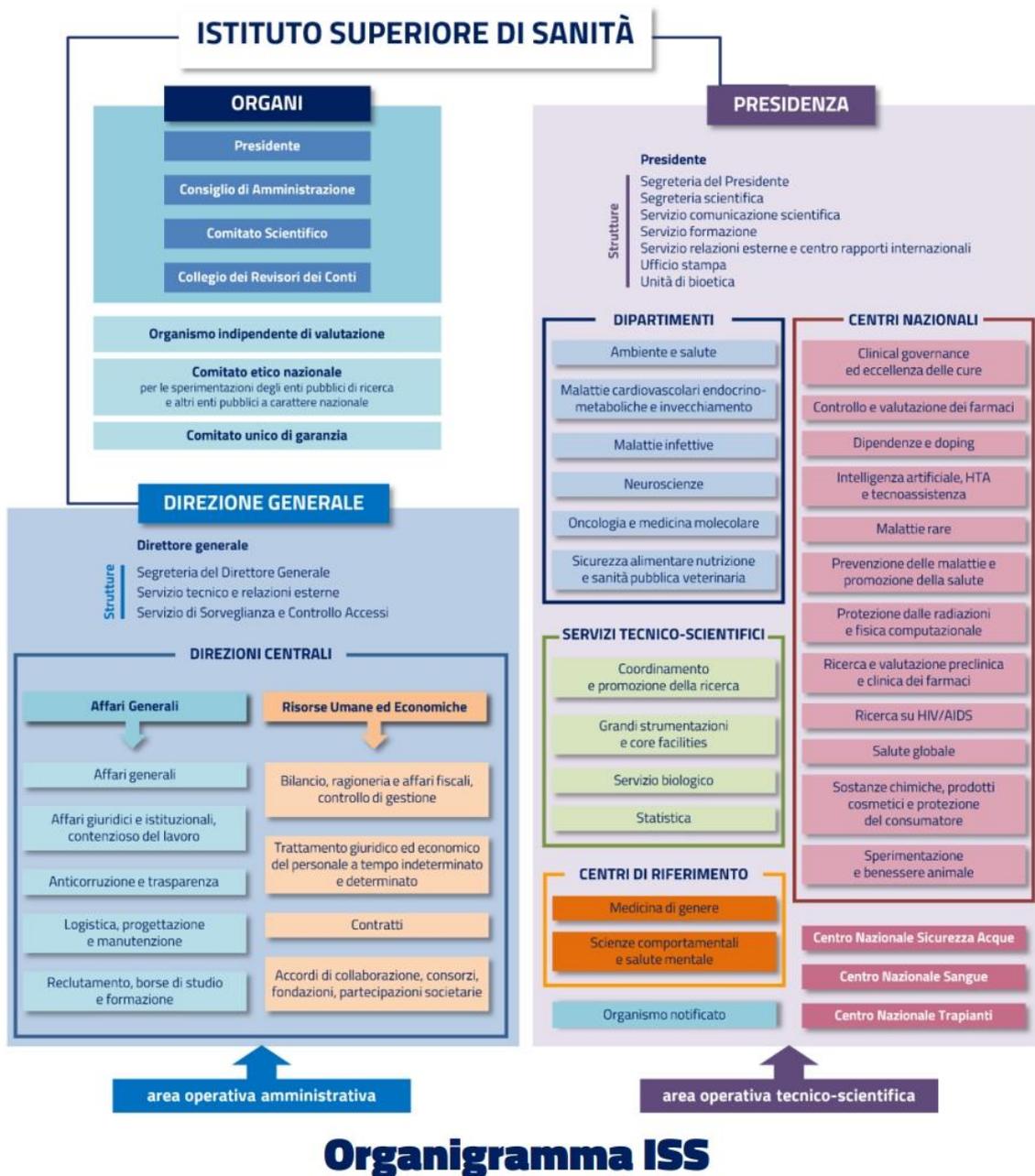
Di seguito si riportano gli stakeholders coinvolti - 25 istituzioni di ricerca sia pubbliche che private distribuite su tutto il territorio nazionale:



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, 12 Centri nazionali, 2 Centri di riferimento, 1 Organismo Notificato, 4 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.

1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

RISORSE UMANE (PRESENTI IN SERVIZIO)

SITUAZIONE DEL PERSONALE ISS IN SERVIZIO

ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2024

PROFILO PROFESSIONALE	livello	UNITÀ a TI	UNITÀ a TD
DIRIGENTE DI RICERCA	I	111	4
PRIMO RICERCATORE	II	435	1
RICERCATORE	III	269	111
} 815			
DIRIGENTE TECNOLOGO	I	16	1
PRIMO TECNOLOGO	II	30	2
TECNOLOGO	III	96	30
} 142			
DIRIGENTE I^ FASCIA		2	
DIRIGENTE II^ FASCIA		8	
} 10			
FUNZIONARIO DI AMMINISTRAZIONE	IV	34	3
	V	30	
} 64			
COLLABORATORE TECNICO ENTI DI RICERCA	IV	226	32
	V	152	
	VI	110	
} 488			
COLLABORATORE DI AMMINISTRAZIONE	V	72	4
	VI	22	
	VII	1	
} 95			
OPERATORE TECNICO ENTI DI RICERCA	VI	46	1
	VII	47	
	VIII	21	
} 114			
DIRETTORE GENERALE ISS, Direttore CNT e Direttore CNS			3
DIRIGENTE <i>ex art.15 septies</i> *			8
TOTALE		1728	200

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

RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

Le risorse finanziarie dell'Istituto Superiore di Sanità sono allocate secondo l'articolazione per missioni e programmi, in linea con quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 91/2011 e dal DPCM del 12 dicembre 2012. Le missioni rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici dell'ente, mentre i programmi costituiscono aggregati omogenei di attività volte al perseguimento di tali finalità. Per l'Istituto, le missioni individuate sono Ricerca e Innovazione e Tutela della Salute, che riflettono pienamente la mission istituzionale e gli obiettivi strategici stabiliti per l'annualità in corso. Questa struttura consente di assicurare trasparenza nel processo di allocazione delle risorse e di garantire coerenza con le finalità istituzionali, inoltre assicura che ogni obiettivo disponga dei fondi necessari per il suo raggiungimento, favorendo una gestione responsabile delle risorse finanziarie.

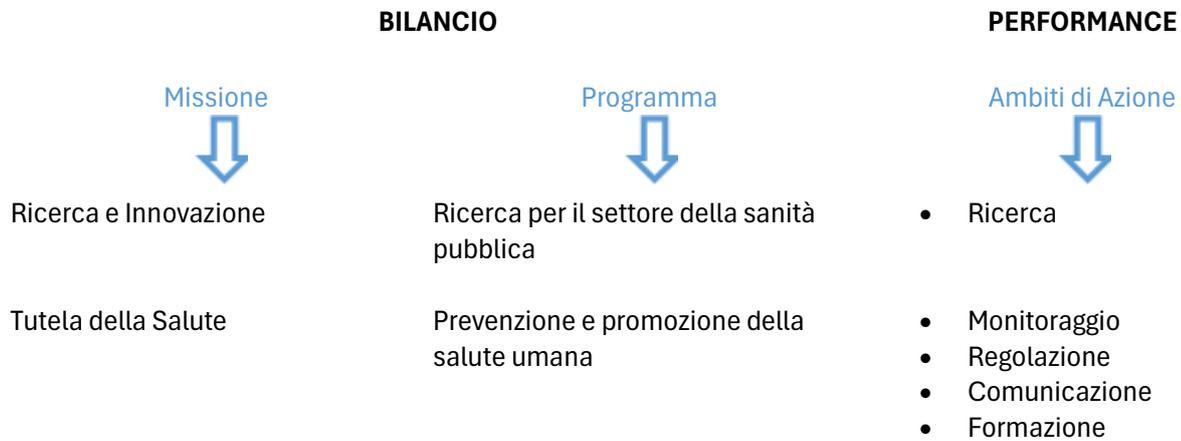
Attraverso la gestione del bilancio in missioni, programmi e azioni l'Istituto intende integrare il bilancio con il ciclo della performance e attraverso il Piano degli Indicatori e dei Risultati Attesi di Bilancio valutare, attraverso specifici indicatori l'allineamento diretto tra le risorse finanziarie allocate e i risultati attesi, consentendo di monitorare l'efficacia e l'efficienza nell'uso delle risorse. L'integrazione tra bilancio e performance consente di valutare in modo continuo il contributo delle risorse finanziarie al raggiungimento degli obiettivi strategici. Il monitoraggio periodico dei risultati e l'analisi degli indicatori chiave permettono di individuare eventuali scostamenti rispetto alle previsioni iniziali, facilitando così l'adozione di eventuali azioni correttive. Questo approccio ciclico garantisce che le priorità operative dell'Istituto possano essere adattate tempestivamente, mantenendo un allineamento costante con gli obiettivi di valore pubblico.

Di seguito il prospetto riepilogativo delle spese per missioni e programmi, redatto ai sensi dell'Allegato 6 al D.M. 1° ottobre 2013, art. 8, che fornisce una rappresentazione dettagliata della distribuzione delle risorse finanziarie in relazioni alle missioni e programmi.

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

Denominazione	Esercizio Finanziario 2025	
	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	154.437.243	199.897.984
Totale Missione 17	154.437.243	199.897.984
Missione codice 20 - Tutela della salute		
0.01 Programma Prevenzione e promozione della salute umana COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	208.887.321	266.355.948
Totale Missione 20	208.887.321	266.355.948
Missione codice 32 - Servizi Istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche		
002 Programma - Indirizzo Politico COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	564.803	815.160
003 Programma -Servizi e affari generali per le Amministrazioni di competenza COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	22.705.073	32.769.435
Totale Missione 32	23.269.875	33.584.595
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	1.720.000	1.720.000
Totale Missione 33	1.780.000	1.780.000
Missione codice 90 - Debiti da finanziamento dell'amministrazione		
001 Programma Rimborso prestiti COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	1.190.589	1.785.884
Totale Missione 90	1.190.589	1.785.884
Missione codice 99 - Servizi per Conto Terzi e Partite di giro		
99.1 Programma Servizi conto terzi e partite di giro COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	310.780.000	311.223.206
Totale Missione 99	310.780.000	311.223.206
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	700.345.029	814.627.616

In sintesi, le missioni e i programmi del bilancio, che hanno visto l’Istituto coinvolto e sui quali sono stati comunque ripartite tutte le spese dell’Ente, racchiudono coerentemente gli ambiti di azione descritti nella performance dell’Ente, come di seguito rappresentato:



Questa coerenza si riflette anche negli indicatori di bilancio, di cui al Piano degli Indicatori, strettamente legati agli obiettivi di performance dell’ISS, come ad esempio l’apertura ai giovani ricercatori e lo sviluppo delle attività di controllo e regolazione, nonché l’investimento in progetti di ricerca, tematiche proposte anche negli obiettivi di performance dell’Ente 2025.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO

Il concetto di “valore pubblico” rappresenta ormai un obiettivo centrale della gestione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che mira alla creazione di benessere collettivo attraverso la promozione e la tutela della salute pubblica a livello nazionale e internazionale. L'ISS, in linea con gli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile (SDGs), contribuisce attivamente al raggiungimento di diversi obiettivi strategici. Tra questi, l'ISS si impegna particolarmente negli ambiti di buona salute e del benessere (SDG 3), dell'istruzione di qualità (SDG 4), della parità di genere (SDG 5) e delle città e comunità sostenibili (SDG 11). L'Istituto Superiore di Sanità si propone quale pilastro nel panorama della sanità pubblica italiana, orientato a fornire risposte efficaci alle esigenze di salute pubblica e alle emergenze sanitarie. L'ISS si impegna a diventare un punto di riferimento nella promozione della salute, sviluppando programmi di ricerca, sorveglianza e formazione, in stretta sinergia con le istituzioni sanitarie nazionali e internazionali. La comparsa e la diffusione pandemica di SARS-CoV-2, unita agli scenari sempre più preoccupanti sulle conseguenze dei cambiamenti climatici e ambientali hanno messo ancor più in evidenza la necessità di guardare alle problematiche di salute attraverso una visione ampia e capace di cogliere la complessità dei determinanti e dei fattori di mitigazione. Il paradigma One Health, che porta l'uomo a ricollocarsi all'interno del contesto di relazioni con gli altri esseri



viventi e con l'ambiente rispetto al quale si sente spesso un osservatore esterno, è stato riconosciuto dalle principali organizzazioni internazionali (OMS, OIE, FAO) come l'approccio più indicato ed è diventato uno dei riferimenti delle nuove politiche sanitarie.

In tale contesto opera l'Istituto Superiore di Sanità che fonda la sua missione su sei ambiti di azione essenziali i quali, ognuno con un ruolo specifico ma strettamente interconnesso, è orientato a generare un impatto significativo sulla collettività.

La presenza di aree dedicate alla ricerca, monitoraggio, regolazione, comunicazione, formazione e all'organizzazione consentono all'Istituto di affrontare le sfide sanitarie con un approccio globale e strutturato attraverso la raccolta, analisi di dati e di trasferimento delle conoscenze acquisite sia al sistema sanitario nazionale che alla società.

Come evidenziato nel PTA 2025-2027, l'Istituto Superiore di Sanità ha sviluppato un sistema strutturato di obiettivi di valore pubblico collegati ai sei ambiti di azione strategici. Nel 2025, nella definizione di tali obiettivi, si è tenuto conto, per alcuni indicatori, del progetto istituzionale promosso dall'Istat in collaborazione con il Centro di Ricerca sul Valore Pubblico (CERVAP). Questo progetto intende fornire, per il prossimo futuro, un set condiviso di indicatori per gli Enti Pubblici di Ricerca (EPR), per favorire una maggiore uniformità nella misurazione del valore pubblico.

La validazione del set di indicatori è stata supportata da una sperimentazione coordinata dal Tavolo Tecnico sulla performance della Conferenza permanente dei Direttori Generali degli Enti Pubblici di Ricerca italiani (CODIGER), che ha coinvolto tutti gli EPR, promuovendo il confronto e la condivisione di buone pratiche. Tuttavia, l'Istituto ha ritenuto opportuno, nella redazione del presente PIAO 2025-2027, mantenere anche parte degli indicatori adottati negli anni precedenti, al fine di garantire continuità e coerenza nella misurazione del valore pubblico e di assicurare una comparabilità efficace tra le diverse annualità. Gli indicatori già in uso, pur differendo nella formulazione rispetto a quelli definiti nel progetto Istat-CERVAP, perseguono finalità e obiettivi analoghi, confermando l'allineamento con le strategie istituzionali. Questo approccio integrato valorizza l'importanza della partecipazione dell'ISS al Tavolo Performance del CODIGER come strumento di confronto e collaborazione tra gli EPR, consolidando al contempo l'impegno dell'Istituto nella generazione di valore pubblico e comunque l'interesse a proseguire nella redazione dei prossimi documenti allineandosi maggiormente al set di obiettivi e indicatori di valore pubblico, di performance e di salute come definiti a livello CODIGER.

AMBITI di AZIONE

Ricerca



La ricerca scientifica rappresenta la mission principale dell’Istituto Superiore di Sanità, attraverso la quale lo stesso si impegna a generare nuove evidenze scientifiche promuovendo studi innovativi, generando pubblicazioni di alto impatto, l’applicazione pratica dei risultati prodotti dalla ricerca oltre che la costruzione di reti nazionali ed europee per favorire la collaborazione tra le altre istituzioni ed enti di ricerca.

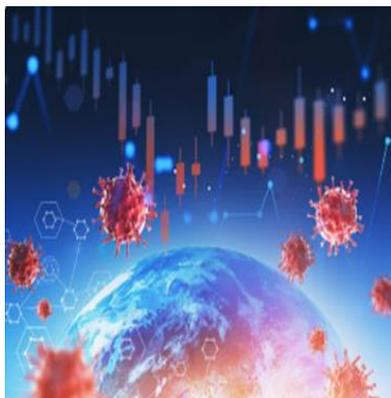
Come rappresentato anche nel Piano Triennale delle Attività 2025-2027, è fondamentale promuovere progetti di ricerca multidisciplinari e potenziare le infrastrutture avanzate per sostenere lo sviluppo scientifico. Questi elementi rafforzano l’integrazione tra le attività strategiche di ricerca dell’Istituto e le collaborazioni nazionali e internazionali già consolidate, contribuendo a posizionare l’ISS come un punto di riferimento nel panorama scientifico globale.

Negli ultimi anni l’Istituto ha inteso promuovere la ricerca sia incentivando la partecipazione dei ricercatori ai vari programmi nazionali ed europei all’uopo dedicati ma, soprattutto investendo risorse proprie nel sostegno al progresso scientifico incentivando lo sviluppo di studi e progetti selezionati con l’ausilio di revisori esterni. Tale investimento, sarà rafforzato nel prossimo triennio anche per promuovere studi nell’ambito di tecnologie innovative e l’implementazione di nuove metodologie per rafforzare le conoscenze anche in nuovi ambiti al fine di essere sempre presenti negli interventi di sanità pubblica.



Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Principali stakeholder coinvolti
Accrescere il patrimonio della conoscenza scientifica	N° pubblicazioni su riviste internazionali con impact factor / (N° ricercatori + N° tecnologi)	>= triennio precedente	DB Pubblicazioni	Comunità scientifica ed Enti, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali
	Ammontare finanziamenti intra muros stanziati dall’Istituto per lo sviluppo di progetti di ricerca scientifica	>= 2024	Bilancio	Ricercatori ISS

Monitoraggio



L'attività di monitoraggio condotta dall'Istituto rappresenta un pilastro fondamentale per la tutela della salute pubblica e la creazione di valore pubblico. Attraverso la raccolta e l'analisi sistematica e tempestiva dei dati sanitari, l'Istituto garantisce una base conoscitiva indispensabile per la valutazione e la programmazione degli interventi di sanità pubblica da parte del Ministero vigilante e da parte delle autorità regionali, provinciali e comunali.

Questo approccio consente di identificare tempestivamente i rischi emergenti, valutare l'efficacia delle azioni intraprese e orientare le strategie future.

L'obiettivo principale di queste attività, in coerenza con quanto rappresentato nel PTA 2025-2027, è garantire un monitoraggio continuo e sistematico, assicurando che i dati raccolti vengano trasformati in report accurati e completi. Attraverso sistemi di sorveglianza epidemiologica avanzati e il supporto di reti sentinella, l'ISS monitora i determinanti di salute e l'evoluzione delle malattie infettive e croniche. Le informazioni raccolte, elaborate attraverso tecnologie di data analytics e piattaforme di health intelligence, garantiscono l'elaborazione di modelli predittivi di supporto decisionale per affrontare emergenze sanitarie e mitigare i rischi. La capacità di tradurre dati complessi in conoscenze applicabili contribuisce a prevenire minacce per la salute pubblica e a migliorare la qualità della vita della popolazione conferendo a questa mission un alto impatto nella creazione di valore pubblico.



Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Principali STAKEHOLDER coinvolti
Garantire un monitoraggio continuo e sistematico dei dati, al fine di consentire una valutazione tempestiva e accurata degli interventi attuati nel settore della sanità pubblica	N° di report prodotti	Report prodotti sul 100% delle sorveglianze	Sistemi di Sorveglianza e Registri	Cittadini, Operatori sanitari ed Enti locali territoriali e del SSN

Regolazione



L'attività di regolazione svolta dall'Istituto si distingue per il suo ruolo strategico nella salvaguardia della salute pubblica, operando come punto di riferimento per la regolamentazione, valutazione e controllo necessaria per assicurare la qualità, la sicurezza e la conformità di prodotti farmaceutici, alimentari e diagnostici oltre che essere l'interfaccia nazionale ed europea in materia di valutazione dei rischi per la salute pubblica connessi all'utilizzo delle sostanze chimiche.

Attraverso l'utilizzo di avanzati strumenti di risk assesment, validazione analitica e monitoraggio post-market, l'Istituto contribuisce alla protezione della salute pubblica e al mantenimento della sicurezza sanitaria.

L'Istituto opera in stretta collaborazione con autorità regolatorie nazionali ed europee, come l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) e l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), promuovendo l'armonizzazione delle normative e rafforzando la fiducia della popolazione nei prodotti regolamentati.

L'obiettivo di rafforzare le competenze e l'efficienza delle strutture dell'Istituto si traduce nella capacità di evadere il 100% delle richieste eleggibili pervenute, garantendo risposte tempestive e accurate ai diversi portatori d'interesse. Attraverso la tutela della sicurezza dei prodotti e delle tecnologie sanitarie, l'ISS contribuisce a fronteggiare sfide complesse come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e la crescente complessità dei dispositivi medici, promuovendo il benessere della collettività e generando esternalità positive per l'intero sistema paese.



Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Principali stakeholder coinvolti
Garantire un elevato livello di competenze e di efficienza delle strutture dell'Ente nel gestire e rispondere in modo adeguato e	Evasione completa delle richieste eleggibili pervenute	100% di capacità di risposta	DB Numix	Istituzioni nazionali politico-governative, Amministrazione vigilante, Agenzie e

tempestivo alle richieste di regolamentazione, valutazione e controllo avanzate dagli stakeholders, a tutela della salute pubblica.				Istituti nazionali e internazionali e aziende private
---	--	--	--	---

Comunicazione



La comunicazione riveste, altresì, un ruolo strategico nell'attività dell'Istituto Superiore di Sanità, configurandosi come uno strumento essenziale per garantire la diffusione tempestiva, accurata e accessibile delle informazioni scientifiche di cui è produttore. Attraverso un ampio ventaglio di strumenti digitali, pubblicazioni tecniche e attività di divulgazione, l'ISS si impegna a raggiungere cittadini, istituzioni e

comunità scientifica, promuovendo una cultura della salute basata sull'informazione, la trasparenza e l'utilità sociale della conoscenza scientifica.

Per incrementare il valore pubblico generato, l'Istituto punta a migliorare costantemente la propria capacità comunicativa, con particolare attenzione alla crescita della presenza sui social network. La variazione annuale dei followers rappresenta un indicatore chiave, in quanto riflette non solo il raggiungimento di un pubblico più vasto, ma anche la capacità di coinvolgere e sensibilizzare la popolazione su tematiche di salute pubblica. L'obiettivo è rendere sempre più accessibili e fruibili i risultati della ricerca, le attività di monitoraggio e regolazione, nonché le campagne educative e informative.

Strumenti come il Portale ISSalute, il Museo della Sanità Pubblica e le collane editoriali – tra cui il Notiziario e i Rapporti ISTISAN – costituiscono i pilastri della comunicazione dell'Istituto, offrendo aggiornamenti su studi, ricerche e protocolli di interesse nazionale e internazionale. A questi si affiancano i telefoni verdi e i servizi di counselling telefonico, che garantiscono un dialogo diretto con i cittadini, rispondendo alle loro esigenze in modo tempestivo ed efficace.

La comunicazione dell'ISS si integra con tutte le altre attività dell'Istituto, contribuendo a valorizzare i risultati scientifici, a diffondere conoscenze di pubblica utilità e a promuovere una maggiore consapevolezza collettiva. In un mondo sempre più connesso, l'utilizzo strategico delle tecnologie digitali e delle piattaforme social permette di ampliare la portata del messaggio

istituzionale, consolidando il ruolo dell'ISS come punto di riferimento per la salute pubblica e l'informazione scientifica.



Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Principali stakeholder coinvolti
Aumentare la comunicazione, la divulgazione e l'utilità sociale della conoscenza scientifica	Variazione percentuale annuale dei followers sui social network	>=2024	Servizio Comunicazione Scientifica e Ufficio Stampa	Cittadini, Professionisti e Operatori del SSN

Formazione



La formazione, come previsto dallo Statuto dell'Ente, rappresenta un altro obiettivo strategico ed è rivolta a promuovere competenze di alto livello tra gli operatori sanitari, i ricercatori e gli altri stakeholder del sistema sanitario. Attraverso programmi formativi caratterizzati da un approccio multidisciplinare e aggiornamenti costanti, l'Istituto contribuisce a preparare i professionisti del settore sanitario ad affrontare le sfide

emergenti e a supportare l'implementazione di politiche e progetti strategici a livello nazionale e internazionale. L'ISS si impegna a garantire una formazione di qualità che sia al passo con le esigenze di un sistema sanitario in continua evoluzione. Il Piano di Formazione rappresenta lo strumento principale attraverso cui l'Istituto promuove percorsi innovativi e accessibili, con una combinazione di corsi in presenza e moduli FAD (formazione a distanza), progettati per rispondere ai bisogni formativi della sanità pubblica anche considerando i vari output previsti dai progetti e programmi finanziati da enti e istituzioni esterni, così come per sostenere l'attuazione di progetti afferenti al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Piano Nazionale Complementare (PNC). L'obiettivo dell'ISS in questo ambito è assicurare una formazione di alto livello,

caratterizzata da aggiornamenti costanti e approcci multidisciplinari, in grado di rispondere alle esigenze emergenti della sanità pubblica.

Inoltre, la formazione non solo rafforza le competenze tecniche e trasversali, ma rappresenta anche un pilastro fondamentale per migliorare la preparedness e la risposta alle emergenze sanitarie. L'Istituto dedica particolare attenzione alla diffusione di best practices e all'aggiornamento delle conoscenze, garantendo una crescita professionale continua che risponda alle priorità della sanità pubblica.



Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Principali stakeholder coinvolti
Assicurare una formazione di alto livello per gli operatori sanitari, caratterizzata da aggiornamenti costanti e un approccio multidisciplinare, al fine di soddisfare le esigenze emergenti nel contesto della sanità pubblica	% realizzazione del Piano di Formazione 2025	almeno il 90%	Servizio Formazione	Professionisti, dottorandi e operatori del SSN

Organizzazione



L'Istituto Superiore di Sanità si impegna a innovare costantemente i propri modelli organizzativi, con l'obiettivo di garantire una gestione sostenibile delle risorse e un'efficienza operativa sempre maggiore. Attraverso il miglioramento continuo dei processi interni e una gestione trasparente, l'ISS si pone come obiettivo il rafforzamento della struttura interna per supportare il raggiungimento degli obiettivi di performance dell'Ente.

L'organizzazione interna dell'Istituto non si limita a rispondere alle esigenze operative, ma si configura come un elemento strategico per il raggiungimento degli obiettivi annuali e la generazione di valore pubblico. In particolare, il numero di obiettivi annuali raggiunti rispetto al

totale rappresenta un indicatore chiave per valutare l'efficacia dell'organizzazione interna e il suo contributo al perseguimento delle finalità istituzionali.

L'innovazione organizzativa è finalizzata non solo al miglioramento dell'efficienza interna, ma anche a rafforzare il dialogo e l'integrazione con gli stakeholders. Attraverso un approccio orientato alla sostenibilità e alla responsabilità, l'Istituto mira a ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, economiche e tecnologiche, garantendo al contempo una gestione che valorizzi trasparenza, qualità e accountability.

Grazie a questi interventi, l'organizzazione interna dell'Istituto si configura come un elemento propulsore per il miglioramento della salute pubblica e per il raggiungimento degli obiettivi strategici nazionali.



Obiettivo di valore pubblico	Indicatore valore pubblico	Target	Fonte	Principali Stakeholders coinvolti
Rafforzare la struttura interna al fine di fornire supporto strategico utile al conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa dell'Ente	N. obiettivi annuali raggiunti / N. obiettivi annuali complessivi	Almeno 80% degli obiettivi raggiunti	Relazioni sulla performance	Personale dell'ente

Il processo di creazione del valore pubblico per l'Istituto si fonda su tre dimensioni fondamentali: il valore istituzionale, che riflette l'importanza del ruolo svolto nel panorama sanitario; il valore relazionale, che enfatizza l'importanza delle collaborazioni e della fiducia pubblica; e il valore organizzativo, che assicura la capacità interna di rispondere alle esigenze sanitarie con strumenti adeguati e risorse ottimizzate.



Il valore istituzionale dell'ISS si esprime nella sua capacità di rispondere alle sfide sanitarie attraverso la promozione di iniziative di ricerca, monitoraggio e regolazione. Queste attività non solo producono conoscenze fondamentali per la salute, ma generano benefici collettivi, rispondendo direttamente all'SDG 3 ("Buona salute e benessere") e all'SDG 4 ("Istruzione di qualità") attraverso attività di formazione scientifica e sensibilizzazione pubblica. Inoltre, l'impegno dell'ISS in programmi di regolazione e monitoraggio contribuisce a una sanità più inclusiva ed equa, perseguendo l'SDG 10 ("Ridurre le disuguaglianze") e l'SDG 5 ("Parità di genere"), in quanto garantisce l'accesso a servizi sanitari di qualità per tutti, con un'attenzione particolare alle categorie vulnerabili.

Il valore relazionale emerge dalle collaborazioni e dalla rete di partenariati che l'ISS mantiene a livello nazionale e internazionale. Questa rete di relazioni è essenziale per affrontare le sfide globali della sanità e risponde all'SDG 17 ("Partnership per gli obiettivi"), supportando una gestione sanitaria integrata e globale. Inoltre, grazie alla comunicazione e alla diffusione di dati e informazioni attraverso strumenti come il Portale ISSalute, l'Istituto contribuisce alla resilienza delle comunità e al miglioramento delle condizioni di vita, in linea con l'SDG 11 ("Città e comunità sostenibili").

Il valore organizzativo dell'Istituto è il motore che garantisce l'efficienza e l'adattabilità dell'ISS nel rispondere ai bisogni sanitari. La capacità di mantenere alta la qualità delle risorse interne e dei processi operativi consente all'ISS di sostenere obiettivi come l'SDG 8 ("Lavoro dignitoso e crescita economica") e l'SDG 9 ("Industria, innovazione e infrastrutture"), con un impegno continuo nella modernizzazione delle strutture di ricerca e nella valorizzazione delle risorse umane.

Attraverso questi tre valori – istituzionale, relazionale e organizzativo – l'ISS non solo promuove un modello di sanità pubblica orientato alla sostenibilità, ma contribuisce anche a un sistema

sanitario più inclusivo, innovativo e resiliente. Ogni azione intrapresa dall'Istituto risponde a una visione integrata e a lungo termine, che mira a rafforzare il benessere della popolazione, generando un impatto positivo che si estende ben oltre la sfera sanitaria, verso un progresso sociale, economico e ambientale.

Di seguito, viene riportato il collegamento tra i singoli ambiti di azione, il valore pubblico generato e gli stakeholders finali verso cui impatta la generazione di valore:

Ambiti di Azione	Valore Pubblico Generato	Stakeholder impattati
RICERCA	Generazione di conoscenze scientifiche e innovazioni per migliorare la salute pubblica; contributo agli SDGs attraverso studi avanzati che supportano politiche sanitarie efficaci.	Comunità scientifica ed Enti, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali
MONITORAGGIO	Raccolta e analisi di dati per il controllo della salute pubblica, supporto alla prevenzione di malattie, riduzione dei rischi per la sicurezza sanitaria.	Cittadini, Operatori sanitari ed Enti locali territoriali e del SSN
REGOLAZIONE	Definizione e implementazione di norme per garantire la sicurezza sanitaria e la qualità dei servizi, riducendo i rischi per la popolazione.	Istituzioni nazionali politico-governative, Amministrazione vigilante, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali e aziende private.
COMUNICAZIONE	Diffusione di informazioni e educazione sanitaria per migliorare la consapevolezza e il comportamento della popolazione in ambito sanitario.	Cittadini, Professionisti e Operatori del SSN
FORMAZIONE	Formazione di operatori sanitari e sensibilizzazione della popolazione su tematiche di salute, miglioramento delle competenze professionali nel settore sanitario.	Professionisti, dottorandi e operatori del SSN
ORGANIZZAZIONE	Miglioramento dell'efficienza interna, rafforzare il dialogo e l'integrazione con gli stakeholders, garantire una gestione che valorizzi trasparenza, qualità e accountability.	Cittadini, fornitori di beni e servizi, Autorità vigilanti, management e personale dipendente dell'Istituto

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE

La programmazione della performance dell'Istituto Superiore di Sanità per il 2025 si colloca all'interno di un percorso strategico volto a garantire coerenza tra la vision istituzionale, le priorità di intervento e gli obiettivi operativi. Tale programmazione si inserisce nel ciclo di gestione della performance, così come delineato dal quadro normativo vigente, e mira a ottimizzare la produttività, l'efficienza e la trasparenza delle attività svolte dall'Ente.



Le attività e gli obiettivi delineati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) trovano fondamento e coerenza nel Piano Triennale delle Attività (PTA) 2025-2027, che stabilisce le priorità strategiche e gestionali dell'Istituto Superiore di Sanità in linea con il contesto nazionale e internazionale della ricerca e della sanità pubblica. Tale sinergia consente un'azione coordinata e orientata al raggiungimento di risultati di impatto per la collettività.

Partendo dalla mission e dalla vision dell'ISS, la pianificazione strategica per il triennio 2025-2027 identifica sei principali ambiti di azione, nei quali sono declinati obiettivi specifici e indicatori misurabili. Per il 2025, l'Istituto si impegnerà a consolidare e rafforzare la propria azione strategica, proseguendo nel percorso tracciato negli anni precedenti. Saranno promosse iniziative volte ad accrescere e promuovere la ricerca scientifica e migliorare l'impatto delle attività istituzionali, favorendo una gestione efficace e orientata al raggiungimento degli obiettivi di interesse pubblico. L'attenzione sarà rivolta a garantire un approccio integrato e coordinato, capace di rispondere alle esigenze della collettività e di contribuire al progresso della salute pubblica.

Un elemento cardine della programmazione per il 2025 è rappresentato dalla valutazione partecipativa e dal coinvolgimento degli stakeholder, che hanno un ruolo cruciale nell'indirizzare le attività dell'Istituto verso risultati di reale impatto. Per ogni obiettivo del PIAO, infatti, sono stati individuati i principali stakeholder coinvolti, i quali saranno i primi attori a beneficiare del raggiungimento degli obiettivi e dei miglioramenti derivanti dalle azioni intraprese. Questo approccio consente di integrare le prospettive di tutte le parti interessate, arricchendo la pianificazione strategica e rafforzando l'aderenza delle azioni intraprese alle esigenze della collettività.

Internamente, la gestione della performance sarà articolata secondo un processo a cascata, che vedrà il contributo di ciascuna struttura dell'Istituto alla realizzazione degli obiettivi di Ente. Questo approccio assicurerà l'allineamento tra la visione strategica dell'ISS e le attività operative, favorendo il coinvolgimento e la responsabilizzazione delle strutture interne.

In linea con il principio di trasparenza, il monitoraggio e la valutazione dei risultati saranno centrali per il 2025. Ciò consentirà di misurare con precisione l'impatto delle azioni intraprese e di adottare eventuali misure correttive per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, rafforzando così il ruolo dell'Istituto come punto di riferimento per la tutela e la promozione della salute pubblica in Italia e a livello internazionale.

Questa programmazione mira, in definitiva, a consolidare il valore pubblico generato dall'Istituto, traducendo la sua missione in risultati concreti e tangibili per i cittadini, gli operatori sanitari e tutte le istituzioni coinvolte.

2.2.1 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE: OBIETTIVI DI ENTE

La programmazione per l'anno 2025, sviluppata in coerenza con la pianificazione triennale 2025-2027, coinvolge l'intera organizzazione dell'Istituto Superiore di Sanità nel perseguimento degli obiettivi di performance, con l'obiettivo di raggiungere i risultati prefissati. Il monitoraggio del raggiungimento di tali risultati avviene attraverso indicatori e target associati a ciascun obiettivo, strumenti essenziali per misurare la performance dell'Ente nel corso dell'annualità.

L'Istituto si propone di tradurre la propria visione strategica di lungo periodo in azioni concrete e misurabili, delineando con chiarezza le priorità, le iniziative chiave e gli indicatori necessari a promuovere e tutelare la salute pubblica. Per ciascun obiettivo, sia di valore pubblico che di performance annuale, sono stati identificati indicatori quantitativi, qualitativi e temporali, attraverso i quali saranno valutati i progressi ottenuti. Inoltre, ogni obiettivo è stato associato a un target che definisce il livello atteso di performance, consentendo una misurazione oggettiva del suo raggiungimento. Durante l'anno, verrà effettuato un monitoraggio costante, con l'obiettivo di intercettare tempestivamente eventuali criticità rispetto a quanto pianificato e implementare, ove necessario, azioni correttive.

L'Istituto Superiore di Sanità, nel perseguire i propri obiettivi di performance, contribuisce attivamente al benessere collettivo, generando valore pubblico e incidendo positivamente sul sistema Paese. L'attività dell'Istituto si articola in numerose aree di intervento strategiche. In particolare, l'Istituto rafforzerà la partecipazione di giovani ricercatori a progetti di ricerca competitivi internazionali, stimolando la produzione scientifica su temi interdisciplinari prioritari, come l'intelligenza artificiale, il cambiamento climatico e la salute pubblica. Inoltre, intensificherà le sue attività per migliorare l'interoperabilità dei sistemi di raccolta e analisi dei dati sanitari, consolidando la rete di laboratori e centri regionali e garantendo una maggiore qualità e tempestività delle informazioni disponibili.

Un aspetto centrale della programmazione 2025 sarà il supporto ai processi decisionali e operativi delle Regioni, attraverso l'elaborazione e l'implementazione di programmi e progetti specifici, e l'ottimizzazione dei processi interni per rispondere tempestivamente alle richieste di stakeholders nazionali ed europei. L'Istituto si impegnerà, inoltre, a promuovere la sostenibilità ambientale, sviluppando iniziative concrete per ridurre l'impatto ambientale delle sue attività e rafforzando la trasparenza attraverso la semplificazione e la digitalizzazione dei processi gestionali.

Sul fronte della comunicazione, l'Istituto lavorerà per rafforzare la propria capacità di divulgazione scientifica e informazione pubblica, incrementando la presenza di contenuti di interesse collettivo e favorendo collaborazioni con i media. Inoltre, sarà posta particolare attenzione alla formazione, migliorando ulteriormente la qualità degli eventi formativi e ottimizzando le piattaforme utilizzate, per offrire esperienze di apprendimento sempre più efficaci agli operatori del settore sanitario.

In conclusione, la performance annuale dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta un processo dinamico e orientato al risultato, che parte dalla vision strategica dell'Ente e si traduce in obiettivi specifici e misurabili. Tali obiettivi mirano a generare valore pubblico, promuovendo la tutela della salute pubblica e contribuendo concretamente al miglioramento del benessere collettivo.



Promozione della Ricerca

La promozione della ricerca rappresenta uno degli ambiti fondamentali dell'attività dell'Istituto Superiore di Sanità, con l'obiettivo di produrre conoscenze scientifiche di alto impatto e generare valore pubblico attraverso il miglioramento della salute e del benessere collettivo. Gli obiettivi definiti per il 2025 riflettono l'impegno dell'Istituto nel proseguire ad accrescere il proprio contributo alla creazione di conoscenza scientifica. In particolare, le iniziative mirano a ottimizzare la produzione scientifica su riviste ad alto impatto, a migliorare la sostenibilità e l'accesso alle pubblicazioni open access e a promuovere un approccio interdisciplinare, con un focus su tematiche emergenti di grande rilevanza come l'intelligenza artificiale, che rappresenta uno tra i vari settori innovativi, che affiancano attività di mantenimento delle realtà di ricerca esistenti su cui pendono obiettivi annuali, ricompresi nel Piano Triennale delle Attività 2025-2027. Un aspetto qualificante per il 2025 sarà l'analisi del livello di qualità e gradimento del percorso formativo dedicato ai dottorandi, attraverso il coinvolgimento attivo degli stakeholders che ne usufruiscono. Questo approccio collaborativo permetterà di identificare i punti di forza e le aree di miglioramento, contribuendo a ottimizzare il livello di servizio offerto e a rafforzare ulteriormente il ruolo dell'Istituto come punto di riferimento per la formazione di giovani ricercatori.

La seguente tabella sintetizza gli obiettivi annuali per il 2025 nell'ambito della promozione della ricerca, definendo per ciascuno indicatori specifici e target misurabili, a testimonianza dell'impegno dell'Istituto nel perseguire risultati concreti e di qualità.

	Obiettivo Annuale	Indicatore	Target	Principali STAKEHOLDER coinvolti
OB 1.1	Massimizzare la produzione scientifica su riviste indicizzate con alto impatto	N° paper pubblicati in riviste del primo decile /N° paper totali con IF	> 2024	Comunità scientifica ed Enti, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali
OB 1.2	Analizzare il ritorno degli investimenti relativi ai finanziamenti intra muros del 2024	Elaborazione di un report	Entro il 31/12/2025	Management dell'ISS
OB 1.3	Rafforzare il monitoraggio delle pubblicazioni open access	Elaborazione di un report	Entro il 31/12/2025	Cittadini, Comunità scientifica ed Enti, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali
OB 1.4	Analizzare la qualità e il livello di gradimento dei percorsi formativi dedicati ai dottorandi per individuare le aree di miglioramento	Creazione di survey e interviste per l'elaborazione di un report	Entro il 31/12/2025	Management dell'ISS



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

Fin dalla sua fondazione, l'Istituto Superiore di Sanità ha ricoperto un ruolo centrale nell'ambito regolatorio, distinguendosi per la capacità di fornire pareri, valutazioni e certificazioni in molteplici settori della salute pubblica. Tali attività, che spaziano dalla sicurezza alimentare e ambientale ai farmaci e alle tecnologie sanitarie, contribuiscono in modo significativo alla tutela della salute della popolazione, rispondendo alle richieste di istituzioni, enti territoriali e altri portatori di interesse.

Nel contesto del 2025, l'Istituto punta a rafforzare ulteriormente la propria capacità regolatoria, con particolare attenzione all'ottimizzazione dei processi interni, in linea con l'obiettivo definito nel Piano Triennale delle Attività di rafforzare le competenze e l'efficienza delle strutture dell'ente nel gestire e rispondere in modo adeguato e tempestivo alle richieste di regolamentazione, valutazione e controllo avanzate dagli stakeholder, a tutela della salute pubblica. Questi interventi mirano a garantire maggiore efficienza e tempestività nella gestione delle richieste istituzionali volte anche a valutare il rischio sanitario, consolidando il ruolo dell'Istituto come riferimento autorevole a livello nazionale ed europeo.

La tabella seguente illustra uno degli obiettivi prioritari per il 2025 nell'ambito dell'attività regolatoria, delineando l'impegno dell'Istituto nell'offrire un supporto strategico e operativo per la tutela della salute pubblica.

	Obiettivo Annuale	Indicatore	Target	Principali STAKEHOLDER coinvolti
OB 2.1	Migliorare ulteriormente la capacità di risposta alle richieste di pareri, certificazioni, valutazioni e validazioni degli stakeholders, attraverso l'ottimizzazione dei processi interni e l'adozione di strumenti digitali per garantire maggiore efficienza e tempestività.	N° di richieste evase nell'anno / N° Richieste annuali pervenute	Almeno il 90%	Istituzioni nazionali politico-governative, Amministrazione vigilante, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali, industrie private.



Monitoraggio dei dati sanitari

Il monitoraggio dei dati sanitari rappresenta uno dei pilastri fondamentali dell'attività dell'Istituto Superiore di Sanità, volto a garantire una raccolta e un'analisi sistematica delle informazioni sanitarie rilevanti per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la gestione dei rischi per la salute pubblica. L'Istituto gestisce attualmente numerosi Sistemi di Sorveglianza e Registri, tra cui quelli di rilevanza nazionale e regionale assegnati dal DPCM del 3 marzo 2017, con l'obiettivo di fornire una risposta tempestiva ed efficace alle minacce sanitarie emergenti.

Nel 2025, le attività di monitoraggio si concentreranno sul miglioramento dell'integrazione e dell'interoperabilità tra i diversi sistemi di raccolta dati, con particolare attenzione alla qualità e tempestività delle informazioni disponibili, in linea con la mission definita nel Piano Triennale delle Attività di rendere, attraverso un processo di revisione, aggiornamento e raccordo, i molteplici sistemi esistenti sempre più puntuali e capaci di rappresentare lo stato di salute della nostra comunità nazionale. Questo processo verrà arricchito attraverso lo sviluppo di una valutazione partecipativa che coinvolga attivamente gli stakeholder, favorendo un confronto costruttivo e un contributo condiviso. In questo contesto, l'Istituto rafforzerà la collaborazione con la rete di laboratori e di centri regionali, promuovendo un approccio coordinato per garantire la migliore capacità di risposta attraverso l'attività di sorveglianza. Inoltre, sarà rafforzato il supporto tecnico-scientifico alle

Regioni, con l'elaborazione e l'implementazione di programmi specifici, e verrà ottimizzata la diffusione dei report tecnici destinati alle principali istituzioni nazionali ed europee.

La tabella seguente sintetizza gli obiettivi definiti per il 2025 nell'ambito del monitoraggio.

	Obiettivo Annuale	Indicatore	Target	Principali STAKEHOLDER coinvolti
OB 3.1	Sviluppare e consolidare ulteriormente la rete di laboratori e centri regionali, migliorando l'integrazione e l'interoperabilità dei sistemi di raccolta dati sanitari, anche attraverso un processo partecipativo con gli stakeholder, al fine di garantire una maggiore qualità e tempestività nella disponibilità delle informazioni sanitarie	N° di laboratori e/o centri partecipanti	> 2024	Enti locali territoriali e del SSN
OB 3.2	Rafforzare il contributo tecnico-scientifico dell'Istituto ai processi decisionali e operativi delle Regioni in ambito di salute pubblica, attraverso l'elaborazione e l'implementazione di programmi e progetti specifici	Report delle attività sviluppate a favore di interventi di supporto alle regioni	Entro il 31/12/2025	Enti locali territoriali
OB 3.3	Migliorare l'efficienza del sistema di monitoraggio per garantire un puntuale e tempestivo invio dei dati al Ministero vigilante.	Percentuale di report tecnici prodotti e diffusi rispetto al totale dei sistemi di sorveglianza gestiti	90%	Istituzioni nazionali politico-governative, Amministrazione vigilante, Agenzie e Istituti nazionali e internazionali

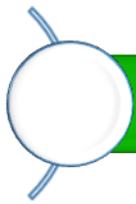


Sostenere la diffusione di corrette informazioni sanitarie

La comunicazione e l'informazione rappresentano elementi strategici per il raggiungimento della missione dell'Istituto Superiore di Sanità, assumendo un ruolo centrale nel promuovere la salute pubblica e nel favorire una corretta circolazione delle informazioni. L'Istituto si impegna a fornire servizi diretti e trasversali a cittadini, istituzioni nazionali e internazionali, valorizzando strumenti e canali innovativi per diffondere informazioni medico-scientifiche basate su evidenze, utili a orientare scelte informate e consapevoli.

In un contesto caratterizzato dalla rapida evoluzione delle tecnologie di comunicazione, l'Istituto punta a potenziare l'efficacia dei propri strumenti, come il sito web istituzionale, i canali social e altre piattaforme digitali, per garantire una divulgazione accessibile, trasparente e di qualità. Inoltre, la collaborazione con i media e l'elaborazione di contenuti informativi per la collettività rivestono un ruolo chiave nella promozione della cultura scientifica e nella costruzione di un dialogo continuo con la popolazione. Per il 2025, gli obiettivi dell'Istituto nell'ambito della comunicazione e informazione si concentrano sul rafforzamento del riconoscimento pubblico e sulla diffusione di contenuti rilevanti attraverso i propri canali, consolidando il ruolo dell'Istituto come punto di riferimento autorevole per la salute pubblica. Gli obiettivi sono delineati in considerazione dei programmi e investimenti definiti nel PTA per il triennio 2025-2027 in base ad alcuni elementi trasversali e aree di sviluppo della comunicazione. La tabella seguente presenta gli obiettivi specifici, con gli indicatori e i target definiti, che guidano l'attività di informazione e comunicazione dell'Istituto per il raggiungimento di tali risultati.

	Obiettivo Annuale	Indicatore	Target	Principali STAKEHOLDER coinvolti
OB 4.1	Rafforzare il riconoscimento pubblico dell'Istituto attraverso il potenziamento delle attività di comunicazione, favorendo collaborazioni con i media per la divulgazione e informazione scientifica su tematiche di rilevanza per la collettività	Spesa in comunicazione e informazione	>= 2024	Cittadini, Professionisti e Operatori del SSN
OB 4.2	Consolidare la presenza di contenuti di informazione per la collettività diffusi attraverso i canali di comunicazione dell'ISS	Elaborazione di un report delle attività di comunicazione	Entro il 31/12/2025	Cittadini, Professionisti e Operatori del SSN



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

La formazione rappresenta un elemento cardine per il miglioramento continuo delle competenze dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, contribuendo in maniera significativa al potenziamento della qualità e dell'efficienza del sistema sanitario. L'Istituto Superiore di Sanità, nel 2025, conferma il proprio impegno nell'erogazione di attività formative di alto livello, finalizzate a rispondere alle esigenze emergenti del sistema sanitario e a supportare l'implementazione delle politiche e dei programmi di salute pubblica. Come indicato nel Piano Triennale delle Attività, ciò sarà reso possibile grazie all'impegno nel promuovere attività formative attraverso la creazione e l'adesione a reti nazionali e internazionali che coinvolgano i diversi attori del settore, l'impiego di metodologie formative andragogiche e orientate allo sviluppo delle competenze e la sperimentazione di strumenti innovativi in ambiti quali il paziente esperto, la formazione dei formatori e l'utilizzo della simulazione.

Attraverso un'ampia offerta di eventi formativi, che comprendono sia attività in presenza che corsi FAD (Formazione a Distanza), l'Istituto intende garantire la realizzazione del Piano di Formazione annuale e migliorare la qualità percepita dai discenti, con un focus specifico sull'organizzazione degli eventi e sull'efficacia delle piattaforme digitali. Queste iniziative mirano non solo a trasferire conoscenze e competenze, ma anche a ottimizzare l'esperienza formativa dei partecipanti, assicurando un livello di soddisfazione sempre più in linea con le loro aspettative.

La tabella seguente riassume gli obiettivi prioritari per il 2025 in ambito formativo.

	Obiettivo Annuale	Indicatore	Target	Principali STAKEHOLDER coinvolti
OB 5.1	Migliorare ulteriormente la qualità percepita degli eventi formativi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi e alla funzionalità delle piattaforme FAD, al fine di ottimizzare l'esperienza dei partecipanti e garantire un livello di soddisfazione sempre più in linea con le loro aspettative.	Percentuale media di gradimento degli eventi formativi, calcolata sulle risposte positive (voti 4 e 5 su scala da 1 a 5) alle domande relative all'organizzazione e alla piattaforma.	almeno il 90%	Professionisti, dottorandi e operatori del SSN



Riorganizzazione e aggiornamento della struttura Organizzativa

L'aggiornamento della struttura organizzativa rappresenta un elemento essenziale per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità. In un contesto in continua evoluzione, caratterizzato da sfide complesse, l'Istituto si impegna a ottimizzare i propri processi interni, favorendo una gestione trasparente, innovativa e sostenibile.

Per il 2025, l'Istituto intende potenziare i sistemi di monitoraggio e controllo interno, garantendo una gestione proattiva del rischio corruttivo e rafforzando il coordinamento tra le strutture interne e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT). Tra le priorità emerge anche l'impegno nella sostenibilità ambientale, con l'adozione di iniziative mirate a ridurre l'impatto ambientale delle attività dell'Istituto, e la promozione di una maggiore inclusione sociale, attraverso azioni volte a ridurre i divari di genere così come definito dal D.Lgs. n. 222/2023 in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, e della Direttiva del 29 novembre 2023 del Ministero della Pubblica Amministrazione, volta al riconoscimento e alla prevenzione della violenza di genere.

Un altro obiettivo strategico riguarda la digitalizzazione dei processi interni, volta a migliorare la trasparenza, la tempestività e l'efficienza della gestione amministrativa.

Infine, l'Istituto mira a sviluppare strumenti innovativi, come l'adozione di tecnologie di intelligenza artificiale, e a consolidare un sistema unico di contabilità economico-patrimoniale e analitica, garantendo una gestione più integrata e trasparente delle risorse.

La tabella seguente sintetizza gli obiettivi principali per il 2025 in questo ambito, fornendo una panoramica delle iniziative strategiche che guideranno l'aggiornamento della struttura organizzativa dell'Istituto.

	Obiettivo Annuale	Indicatore	Target	Principali stakeholder coinvolti
OB 6.1	Potenziare i sistemi di monitoraggio e controllo interno per garantire una gestione efficace e preventiva del rischio corruttivo, promuovendo un maggiore coordinamento tra le strutture interne e il RPCT	Percentuale di processi monitorati in relazione ai rischi corruttivi/N° totale dei processi mappati	Almeno 90%	Responsabili di struttura dell'ente
OB 6.2	Integrare nelle strategie dell'ente pratiche e iniziative volte a promuovere misure di sostenibilità ambientale	N. di azioni e/o dispositivi per la sostenibilità ambientale (tra cui iniziative di educazione ambientale orientate alla sostenibilità anche nell'ambito di progetti/accordi con altri enti e istituzioni)	almeno 1	Cittadini e personale dipendente dell'Istituto
OB 6.3	Sviluppare la formazione su tematiche di interesse trasversale alle pubbliche amministrazioni	N. personale dipendente formato su tematiche di interesse trasversale alle pubbliche amministrazioni	almeno il 50% del personale dipendente	Personale dipendente dell'Istituto
OB 6.4	Sviluppo del sistema unico di contabilità economico-patrimoniale ed analitica	Grado di avanzamento dell'implementazione della contabilità economico-patrimoniale e analitica	report entro il 31/12/2025	Autorità vigilanti e management dell'ISS
OB 6.5	Promuovere la riduzione dei divari di genere e l'inclusione sociale	N. iniziative promosse	almeno 1	Personale dipendente dell'Istituto
OB 6.6	Ridefinire e semplificare i processi gestionali, anche attraverso la digitalizzazione, al fine di ridurre i tempi di attuazione e garantire maggiori livelli di trasparenza	Percentuale di processi digitalizzati (n. processi digitalizzati/ n. processi da digitalizzare/mappati/interni)	almeno il 30% dei processi individuati	Personale dipendente dell'Istituto
OB 6.7	Promuovere l'adozione dell'intelligenza artificiale quale strumento di ausilio all'attività interna dell'ente	Sviluppo delle Linee guida interne che disciplinano l'adozione dell'IA nell'ente	entro il 31/12/2025	Personale dipendente dell'Istituto
OB 6.8	Rispetto delle disposizioni in materia di riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti calcolato come da Piattaforma dei crediti commerciali	= 0	Cittadini e fornitori di beni e servizi

2.2.2 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della performance individuale all'Istituto Superiore di Sanità, in conformità con quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 150/2009, rappresenta lo strumento con cui considerare il contributo di ciascun individuo al raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi dell'Ente. I criteri e le modalità della valutazione sono descritti all'interno del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Istituto approvato il 26/02/2024 con Decreto Presidenziale n.20/2024. Nel 2025, il sistema sarà oggetto di aggiornamenti mirati, volti a introdurre piccoli miglioramenti, in particolare per la componente dirigenziale, al fine di garantire una maggiore aderenza agli indirizzi forniti dal Ministero della Pubblica Amministrazione in materia di performance individuale. Gli aggiornamenti terranno conto, tra l'altro, delle disposizioni del decreto-legge n. 222/2022 in materia di accessibilità, nonché di quelle relative alla promozione delle pari opportunità. Questi adeguamenti mirano a rafforzare l'efficacia e la coerenza del sistema rispetto ai principi istituzionali e normativi.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione definisce i soggetti coinvolti, le modalità adottate e i criteri di valutazione differenziati in funzione del profilo ricoperto, così come descritto di seguito.

Per il Direttore Generale, la valutazione si basa su obiettivi assegnati annualmente dal Consiglio di Amministrazione mediante l'approvazione del PIAO. Essa tiene conto del risultato di performance organizzativa dell'Ente (40%), del raggiungimento degli obiettivi individuali (30%) e delle competenze manageriali e comportamenti attesi (30%).

Per i dirigenti, in particolare, la performance individuale è strettamente correlata ai risultati ottenuti dalle unità organizzative da loro guidate, in conformità con quanto pianificato. Il loro ruolo principale consiste nell'orientare, coordinare, pianificare e monitorare le attività, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi definiti nella fase di programmazione. Inoltre, per i dirigenti responsabili dei pagamenti delle fatture, sono assegnati specifici obiettivi annuali relativi al rispetto dei tempi di pagamento, come previsto dall'articolo 4-bis del decreto-legge 24 febbraio 2023, n. 13, convertito con modificazioni dalla legge 21 aprile 2023, n. 41. Per i dirigenti di I fascia, la valutazione è composta da quattro dimensioni principali: il risultato di performance dell'Ente (15%), il risultato della struttura diretta (30%), il raggiungimento degli obiettivi individuali (30%) e le competenze manageriali (25%). Similmente, per i dirigenti di II fascia, i criteri comprendono il risultato di performance organizzativa della struttura gerarchica superiore (15%) e quello della struttura diretta (30%), oltre agli obiettivi individuali (30%) e alle competenze manageriali (25%). Questa impostazione garantisce che ogni dirigente contribuisca significativamente al raggiungimento degli obiettivi dell'Istituto, attraverso un'azione coordinata ed efficace.

Per il personale dei livelli I-III, non è attualmente prevista una valutazione individuale, considerata la specificità delle attività svolte e la mancanza di un quadro regolatorio uniforme per il personale di ricerca e tecnologo. Tuttavia, resta forte la consapevolezza della necessità di sviluppare un sistema unificato in futuro.

Il personale dei livelli IV-VIII è invece soggetto a una valutazione articolata in due sezioni. La prima valuta la performance organizzativa della struttura di appartenenza, con un peso dell'85%, mentre la seconda analizza competenze e comportamenti, come capacità organizzative, relazionali e professionali, per il restante 15%. Per i dipendenti con incarichi di responsabilità gestionale, la valutazione include anche competenze manageriali specifiche, tra cui capacità decisionali e relazionali.

In sintesi, la performance individuale dell'ISS rappresenta uno strumento cruciale per monitorare il contributo del personale al raggiungimento degli obiettivi strategici. Attraverso un approccio basato su trasparenza, criteri oggettivi e allineamento alle priorità istituzionali, l'Istituto garantisce un processo valutativo equo e orientato al miglioramento continuo.

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

ACRONIMI

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
CDA	Consiglio di Amministrazione
CDR	Collegio dei Revisori

DFP	Dipartimento Funzione Pubblica
DPO	Data Protection Officer, indica il Responsabile della protezione dei dati
EPR	Enti Pubblici di Ricerca
GDPR	General Data Protection Regulation: Regolamento generale per la protezione dei dati. Regolamento UE 2016/679 è principale la normativa europea in materia di protezione dei dati.
ISS	Istituto Superiore di Sanità
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
PIAO	Piano integrato di attività e organizzazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTA	Piano Triennale di Attività
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
ROF	Regolamento di Organizzazione e Funzionamento
RPCT	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza
RPD	Responsabile della Protezione dei Dati
SNA	Scuola Nazionale dell'Amministrazione
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

DEFINIZIONI

Campionamento ragionato	Tecnica di campionamento utilizzata per il monitoraggio di Il 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.
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 inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Decreto legislativo numero 97 del 2016	Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 165 del 2001	Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 150 del 2009	Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 75 del 2017	Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto del Commissario Straordinario n. 40/2023 del 20/11/2023	Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, così come derivante dalle modifiche intervenute al testo originario di cui al Decreto del Ministro della Salute 2 marzo 2016
Decreto legislativo numero 218 del 25/11/2016	Semplificazione delle attività degli enti pubblici di ricerca ai sensi dell'articolo 13 della legge 7 agosto 2015, n. 124.
Decreto Legge n. 80 del 09/06/2021 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113/2021	Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni

	funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia
D.P.R. 24/06/2022 n. 81	Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.
Decreto Legge 30/04/2022, n. 36	Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
D.M. 30/06/2022 n. 132	Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione
D.P.R. 13/06/2023 n. 81	Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: « <i>Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165</i> ».

PREMESSA

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

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

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

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

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

1) *la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;*

¹ Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, art. 3

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

Nella prima parte sono indicati:

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

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

Infine sono rappresentate le fasi di consultazione e comunicazione.

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

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

2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

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, di fatto, a generare e proteggere il Valore Pubblico, orientando correttamente l'azione amministrativa.

L'obiettivo più generale della creazione di Valore Pubblico è poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Come noto, l'organo di indirizzo dell'ISS contempla, nelle proprie linee strategiche contenute nel PTA, gli obiettivi relativi alla gestione della prevenzione e della corruzione e trasparenza. In considerazione delle risultanze del monitoraggio effettuato sul precedente ciclo di gestione del rischio corruttivo, ha ritenuto di prevedere tre obiettivi strategici.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi con valenza nel triennio 2025-2027:

Obiettivo n.1 – Anticorruzione (biennale)

Ampliamento funzionalità della Piattaforma Informatica Anticorruzione ISS

Ampliamento delle funzionalità della Piattaforma Informatica Anticorruzione ISS anche al fine di rendere possibile l'estrapolazione dei dati ed il loro utilizzo per il successivo inserimento nella Piattaforma di acquisizione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza messa a disposizione dall'ANAC.

Obiettivo n. 2 – Anticorruzione (annuale)

Programma di formazione specifica in materia di anticorruzione

Previsione, nel più ampio programma di formazione dell'Ente, di formazione specifica in materia di anticorruzione destinata ai Referenti e loro delegati. La formazione sarà orientata sulle funzionalità della Piattaforma Informatica Anticorruzione ISS.

Obiettivo n. 3 – Anticorruzione (annuale)

Indagine sul grado di conoscenza del Codice di Comportamento e specifica formazione ai dipendenti dell'ISS

Somministrazione di un questionario finalizzato a rilevare il grado di conoscenza del codice di comportamento e i principali doveri da esso derivanti per i dipendenti dell'Istituto Superiore di Sanità. Attività di formazione del personale per la corretta applicazione del codice di comportamento.

Integrazione tra Obiettivi Anticorruzione e Performance

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

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

- art. 8: “L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale ...”;
- art. 8 bis: “L'OIV verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza”.

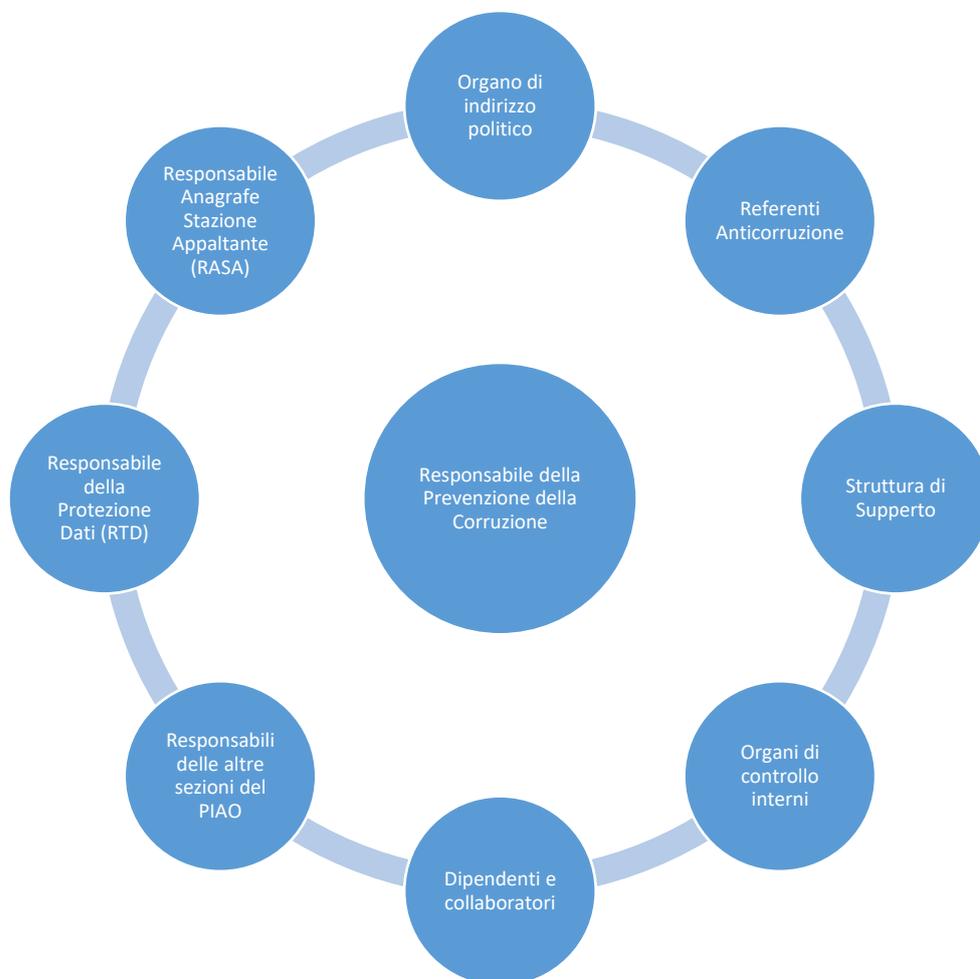
Inoltre, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 dispone che *“...alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate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

Nel 2024, il RPCT ha iniziato un percorso di integrazione più operativa, attualmente in fase di test, che si è concretizzata con la condivisione dei dati delle mappature dei processi il Responsabile del Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione, affinché nella definizione degli indicatori di performance venga incluso anche il grado di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Nel corso del 2025, con la necessaria collaborazione della Struttura di Supporto al RPCT, dello staff informatico e dello staff del Controllo di Gestione ci si propone di integrare la Piattaforma Informatica Anticorruzione con l'applicativo informatico della Performance.

2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI

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



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

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

Coerentemente con le indicazioni dell'ANAC, è stata creata in ISS una rete di collaborazione nell'ambito della quale il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento delle attività di prevenzione del rischio di corruzione.

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

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

In base alle previsioni normative il RPCT deve:

- Proporre all'Organo di indirizzo la sezione Anticorruzione e trasparenza nel PIAO;
- Vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- Segnalare all'Organo di Indirizzo ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Redigere la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel Piano Anticorruzione;

- Provvedere ad intrattenere i rapporti con l'O.I.V. in relazione alle competenze assegnate dal D.lgs. 97/2016 a cui trasmette annualmente la relazione sulle attività svolte;
- Controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate; in tale adempimento è ricompreso il dovere di segnalare all'organo di indirizzo politico, all'OIV e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione e di attivare nei casi più gravi anche i conseguenti procedimenti disciplinari;
- Con riferimento all'accesso civico "generalizzato" ricevere e trattare le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta;
- Ricevere e prendere in carico le segnalazioni in materia di *whistleblowing*;
- Vigilare sul rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- Proporre modifiche nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo;
- Curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento;
- Definire le procedure appropriate per formare i dipendenti in tema di prevenzione della Corruzione e individuare il personale da inserire nei programmi di formazione.

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

Temporanea assenza e periodi di *vacatio* del RPCT

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

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

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

LA STRUTTURA DI SUPPORTO AL RPCT

Il Piano Nazionale Anticorruzione raccomanda che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata per qualità del personale e per mezzi tecnici. L'ISS si è adeguato alle prescrizioni nominando, senza maggiori oneri per l'Ente, la Struttura di Supporto all'attuale RPCT con decreto del Direttore Centrale degli Affari Generali.

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

Sono attualmente assegnati alla Struttura di Supporto:

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

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

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

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

L'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO

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

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

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

- nomina il RPCT dell'ISS e provvede ad assicurare le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia nello svolgimento della sua attività;

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano anticorruzione;
- adotta il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione comprendente la sezione Anticorruzione e Trasparenza.

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

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

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Le funzioni già affidate agli *Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV)* dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012 che ha chiarito ed ampliato l'intervento dell'OIV nella strategia di prevenzione della corruzione. Il fine ultimo è quello di coordinare al meglio gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale con l'attuazione delle misure di prevenzione.

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

L'OIV inoltre:

- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, co.5, d.lgs. 165/2001.
- recepisce eventuali segnalazioni da parte del RPCT di casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- attesta l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

Il Collegio dei Revisori dei Conti (CDR)

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

IL RESPONSABILI DELLE ALTRE SEZIONI DEL PIAO

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

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

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

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

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

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

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

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

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

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

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

all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati (RASA) e a indicarne il nome all'interno del PTPCT (ora PIAO).

Il Rasa nominato per l'Istituto, nella sua qualità di Stazione Appaltante è l'Architetto dott. Giovanni Carabotta, Direttore dell'Ufficio Logistica Progettazione e Manutenzione e Direttore ad interim dell'Ufficio Contratti.

2.3.3. IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

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

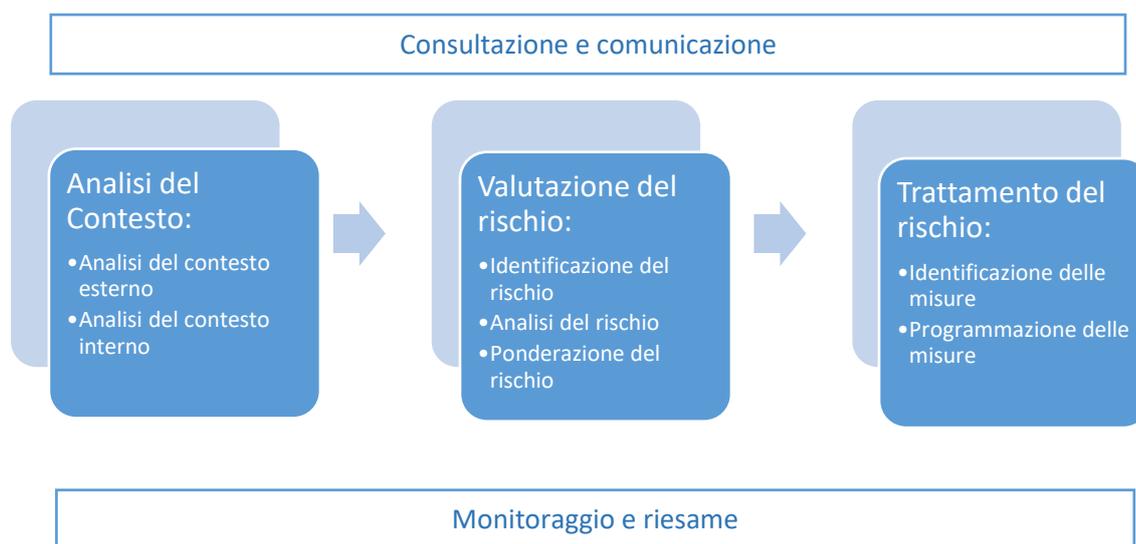
Per "rischio" o per meglio dire "evento rischioso" si intende l'evento che potrebbe, anche solo potenzialmente, verificarsi. Pertanto, data l'ampiezza delle situazioni che possono rientrare nella categoria di "rischio", le Amministrazioni sono tenute ad elaborare una strategia di prevenzione del rischio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

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

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

1. **Analisi del contesto:** che prevede l'analisi del contesto interno ed esterno dell'organizzazione per identificare i fattori che possono influenzare il rischio di corruzione. Parte essenziale dell'analisi del contesto interno è la Mappatura dei processi attraverso cui identificare e descrivere i processi con il fine di individuarne i punti critici.
2. **Analisi del rischio:** che prevede la valutazione dei rischi identificati, considerando la probabilità di accadimento e l'impatto potenziale
3. **Trattamento del rischio:** che prevede la definizione di misure preventive e correttive per mitigare i rischi di corruzione.

4. **Monitoraggio e riesame:** che prevede il monitoraggio continuo delle misure adottate e revisione periodica del sistema di gestione del rischio nel suo complesso per assicurarne l'efficacia.
5. **Consultazione e comunicazione:** è una fase trasversale a tutte le altre che prevede attività di coinvolgimento attivo dei soggetti coinvolti nel ciclo.



Queste fasi sono interconnesse e devono essere eseguite in modo ciclico per garantire un miglioramento continuo nella gestione del rischio corruttivo

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.

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.

La pianificazione, mediante la presente Sezione Anticorruzione dei PIAO, è il mezzo attraverso il quale si intende attuare il ciclo di risk management dell'ISS.

I principi fondamentali della nostra pianificazione sono desunti dai Principi e linee guida UNI ISO 31000:2010, versione italiana della ISO 31000:2009.

Per gestire i dati relativi al ciclo di gestione del rischio corruttivo ed il flusso informativo con le Strutture, l'Istituto Superiore di Sanità si è dotato di una PIATTAFORMA INFORMATICA

ANTICORRUZIONE resa disponibile nella sezione *intranet* del sito istituzionale <https://intranet.iss.it/inetISS/>

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

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

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

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

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

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

- Processi e relativa articolazione in fasi;
- Rischi e loro misurazione (*catalogo dei rischi*);

- Misure di contenimento e relativa categorizzazione;
- Indicatori di monitoraggio.

I dati riguardanti l'intero Processo di Gestione del Rischio Corruttivo delle Strutture Scientifiche e Amministrative dell'ISS sono rappresentati nell'**ALLEGATO 1 al PIAO 2025-27** "*Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell'Istituto Superiore di Sanità*".

2.3.3.1 ANALISI DEL CONTESTO

La prima delicata ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto sia esterno che interno. Attraverso questo tipo di analisi è possibile ottenere le informazioni necessarie a identificare i fattori chiave che influenzano l'organizzazione ed a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi, all'interno dell'Ente, in relazione alla specificità dell'ambiente in cui opera, inteso come territorio, dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.



Contesto esterno

L'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.

Questo tipo di analisi aiuta a identificare le opportunità e le minacce che possono influenzare il successo di un progetto o di un'iniziativa.

Attraverso lo strumento dell' **Analisi SWOT** si è potuto classificare le caratteristiche del contesto in termini di opportunità e minacce. Le opportunità sono fattori che possono essere utilizzati come leve strategiche, mentre le minacce sono fattori che devono essere controllati e minimizzati.

ANALISI SWOT:

PUNTI DI FORZA (interni)

- Adozione codice di comportamento per la prevenzione di casi di conflitto di interesse
- Alta specializzazione del personale scientifico
- Utilizzo interdipartimentale di grandi strumentazioni
- Informatizzazione procedure
- Procedure scientifiche in "qualità"
- Assunzioni nuovo personale a tempo indeterminato
- Collaborazione con Enti di rilevanza internazionale e Nazionale
- Erogazione formazione scientifica a terzi con rilascio crediti ECM

PUNTI DI DEBOLEZZA (interni)

- Da migliorare la collaborazione/comunicazione tra le diverse strutture
- Carenza di personale in alcune strutture

OPPORTUNITA' (esterne)

- Accesso ai fondi Europei
- Investimento nella ricerca
- Estesa Informatizzazione
- Incentivi per mobilità internazionale dei Ricercatori
- Percezione dell'utilità della ricerca
- Continuo aggiornamento tecnologico
- Formazione in tecnologia
- Procedure in qualità
- Carta europea dei Ricercatori
- Percezione della reputazione dell'ISS
- Rilevanza esterna della attività istituzionale (Stampa)

MINACCE (esterne)

- Vincoli di spesa
- Continua evoluzione normativa generale e specifica dell'Ente
- Rischio ambientale
- Emergenze sanitarie: patologie croniche e malattie infettive

Nel corso dell'anno 2025 si provvederà ad approfondire l'aspetto attinente l'individuazione e la descrizione delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione.

Contesto interno – La mappatura dei processi

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

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

Nel corso del 2024 l'Istituto è stato interessato dalle seguenti variazioni:

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

Per le Strutture sopra elencate si provvederà, nel corso del 2025, ad adeguare la mappatura dei processi alle modifiche che sono intervenute nella redistribuzione delle attività e funzioni.

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

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

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

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

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

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

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

N.	Descrizione area di attività ISS	AREA RISCHIO ANAC
1	Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad. AIFA/Ministero/Regioni Analisi di revisione ecc.)	N
2	Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release)	N
3	Emissione pareri (valutazione della documentazione)	N
4	Attività ispettiva (coordinata dall'ISS)	G
5	Attività ispettiva (coordinata da ente esterno all'ISS)	G

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

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

La mappatura dei processi completa è rappresentata nella sua interezza nell'ALLEGATO 1 al PIAO 2025-27 "Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell'Istituto Superiore di Sanità".

2.3.3.2 IL RISCHIO

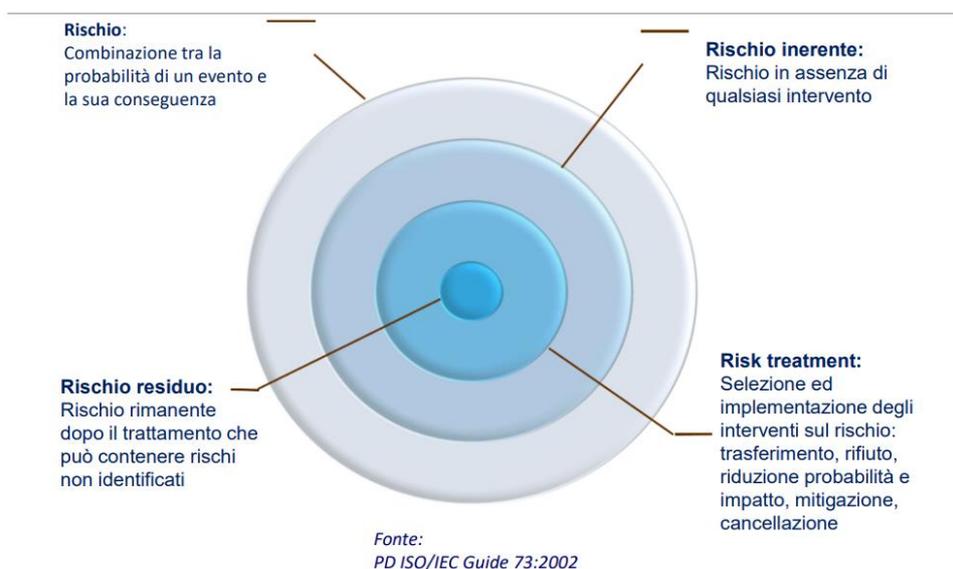
Per “rischio” il PNA intende “*l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale dell’ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento*”. Per “evento” si intende “*il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze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

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

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

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

“Filosofia” del rischio



LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

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

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

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

ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO

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

Nell'analisi dei rischi possono essere considerati fattori abilitanti:

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

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

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

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

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

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

Lo strumento di misurazione del rischio in ISS

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

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

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

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

Per valutare **le probabilità di rischio** sono stati scelti i seguenti fattori:

- Discrezionalità/Potere

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

- Rilevanza esterna

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

- Complessità processo

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

Per valutare **l'impatto** sono stati scelti i seguenti fattori:

- Impatto reputazionale

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

- Impatto economico

Come valuti l'impatto economico della fase?

- Impatto organizzativo

A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?

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

- Alto
- Medio
- Basso

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

- *In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?*
 - *Alto: se la fase è gestita da una sola persona*
 - *Medio: se la fase è gestita da due persone*
 - *Basso: se la fase è gestita da più di due persone*
- *Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?*
 - *Alto: se la fase prevede la presenza di soggetti esterni portatori di interesse con cui si ha contatto abituale;*
 - *Medio: se la fase prevede la presenza di soggetti esterni portatori di interesse con cui non si ha contatto abituale;*
 - *Basso: se la fase non prevede la presenza di soggetti esterni portatori di interesse*
- *Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?*
 - *Alto: se il processo si articola in una o due fasi;*
 - *Medio: se il processo si articola in 3,4,5 fasi;*
 - *Basso: se il processo si articola in più di 5 fasi.*
- *Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?*
 - *Alto: se una cattiva gestione della fase potrebbe portare a notizie che mettono in cattiva luce l'Ente sulla stampa nazionale o internazionale;*

- **Medio**: se una cattiva gestione della fase potrebbe portare a notizie che mettono in cattiva luce l'Ente esclusivamente sulla stampa di settore;
 - **Basso**: se è altamente improbabile che una cattiva gestione della fase potrebbe finire sulla stampa.
- Come valuti l'impatto economico della fase?
- **Alto**: se la fase ha una rilevanza economica importante;
 - **Medio**: se la fase ha una rilevanza economica minima;
 - **Basso**: se la fase non ha rilevanza economica.
- A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?
- **Alto**: se la responsabilità della fase è in capo al Direttore di Struttura;
 - **Medio**: se la responsabilità della fase è in capo alle seguenti figure Primo Ricercatore /PrimoTecnologo, Ricercatore/Tecnologo, Funzionario di Amministrazione;
 - **Basso**: se la responsabilità della fase è in capo alle seguenti figure: CTER, CAER, OPTER

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?		B M A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?		B M A	
			Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?		B M A		Come valuti l'impatto economico della fase?		B M A	
			Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?		B M A		A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?		B M A	

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		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		

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

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

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

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

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

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. 1)																		
		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	✘																										

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

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

LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO

La fase della ponderazione del rischio, successiva a quella di analisi e precedente a quella di trattamento, definisce quali rischi necessitano 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.

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 2025-27.

GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO

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

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

Gli indicatori di monitoraggio specifici per l'ISS individuati e riportati nella tabella seguente sono di semplice verifica di attuazione *on/off* (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. *audit* o *check list* volte a verificare la qualità di determinate misure).

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2025 si provvederà ad effettuare un lavoro di aggiornamento degli indicatori di monitoraggio al fine da renderli maggiormente rispondenti alle esigenze di rendicontazione da parte delle Strutture.

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

2.3.3.3 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.

CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS

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

NORMATIVA

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

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

Come noto, in conformità con quanto previsto dal comma 5 del medesimo art. 54, l'Istituto si è dotato di un proprio codice di comportamento, secondo quanto di seguito indicato.

L'ISTITUTO E IL CODICE DI COMPORTAMENTO

Ed infatti, 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 dalla normativa di riferimento, è stato necessario aggiornare.

La delibera ANAC n. 177/2020 contemplava la disciplina del procedimento di formazione del codice, soffermandosi sulla necessità che venisse 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 dando modo ai soggetti interessati di formulare le proprie osservazioni e le proprie proposte di modificazioni ed integrazioni del documento predisposto.

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.

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.

È stato dato avvio alla “*fase di partecipazione aperta*” mediante la pubblicazione del documento in versione editabile sul sito internet dell'Ente.

Il documento è rimasto in consultazione per un periodo di 30 giorni dal 09 novembre al 09 dicembre 2022.

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.

A seguito dell'adozione del sopra citato D.P.R. n.81/2023 e delle osservazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in cui si esortava l'Ente al recepimento nel Codice di disciplina dell'ISS, strumento con valenza regolamentare e non mero atto di organizzazione degli uffici, di tali specifiche previsioni, si è reso necessario un'analisi condotta di concerto tra la Struttura a supporto del RPCT e l'Ufficio Contenzioso del lavoro e disciplinare - Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza sull'eventuale avvio dell'iter di revisione dell'attuale codice.

A tale proposito, si rileva come il codice di comportamento dei dipendenti dell'Istituto, adottato, come premesso, a dicembre 2022, già disciplini gli istituti introdotti con la modifica legislativa (si veda, tra tutte le previsioni, le Linee Guida per la Comunicazione e la *Social Media Policy* – documenti facenti parte integrante del vigente codice). Per tale motivo non si è dato avvio a nessuna modifica del codice adottato a dicembre 2022.

LA DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

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

In tale articolo, in particolare, ci si sofferma su tale struttura e sulla relativa composizione, prevedendo che la stessa contenga la partecipazione di un componente nominato dal Comitato Scientifico.

Il commissariamento dell'Ente, disposto con Decreto del Ministro della Salute dell'11 settembre 2023, ha, di fatto, disposto la decadenza degli organi dell'Ente, ivi compreso il Comitato Scientifico. Proprio in ragione di tale previsione, il neo-istituito Comitato Scientifico, la cui nomina, lo si ricorda incidentalmente, è avvenuta tramite Decreto del Ministro della Salute del 16 settembre 2024, nella seduta del 02 dicembre, ha individuato il componente del Comitato Scientifico da inserire nel più ampio contesto della Struttura di valutazione interdisciplinare.

Per tale ragione, essendosi completato il quadro degli adempimenti propedeutici alla compiuta gestione del conflitto di interessi, così come delineata dal vigente Codice di Comportamento, nel corso del 2025 si darà attuazione alla relativa regolamentazione contemplata nel codice.

Nel corso del 2025, verrà - altresì - avviata l'indagine, già prevista nel precedente Piano della Amministrazione, sul grado di conoscenza del Codice di Comportamento attraverso l'invio a tutte le strutture di un questionario tramite la piattaforma "*Microsoft Form*".

Ciò anche in conformità con quanto previsto nelle linee strategiche contenute nel PTA, con particolare riferimento agli obiettivi relativi alla gestione della prevenzione e della corruzione e trasparenza, che, lo si ricorda, prevede:

Obiettivo n. 3 – Anticorruzione (annuale)

Indagine sul grado di conoscenza del Codice di Comportamento e specifica formazione ai dipendenti dell'ISS

Somministrazione di un questionario finalizzato a rilevare il grado di conoscenza del codice di comportamento e i principali doveri da esso derivanti per i dipendenti dell'Istituto Superiore di Sanità.

Attività di formazione del personale per la corretta applicazione del codice di comportamento.

Si ricorda, da ultimo, che il testo del codice viene messo a disposizione di ogni dipendente all'atto della assunzione.

Nel corso del 2025, da parte del competente Ufficio, verrà assicurata la disponibilità del documento anche ai borsisti, tesisti e dottorandi.

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.

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

Le ragioni ostative allo svolgimento degli incarichi sono da ricondursi per lo più nell'ambito delle seguenti categorie generali:

- richieste di autorizzazione pervenute successivamente all'avvio dell'incarico di fatto già espletato o in corso di espletamento;
- richiesta di autorizzazione per incarichi che, tenuto conto della complessiva situazione di fatto ed alla luce della normativa vigente, appaiono riguardare una attività in "conflitto, anche solo potenziale, di interessi";
- richieste di autorizzazione a fronte di incarichi per i quali l'attività sebbene non svolta in modo permanente ed esclusivo presenti i caratteri della abitualità, sistematicità/non occasionalità e continuità.

In particolare si rilevano aspetti critici nelle seguenti fattispecie:

- attività svolte come incarichi extra-istituzionali retribuiti, che potrebbero essere effettuate come attività istituzionali nell'ambito di accordi da stipularsi tra l'ISS e gli enti conferenti o apportando eventuali modifiche alle convenzioni in essere;
- potenziale conflitto di interesse nel caso di incarichi extra-istituzionali svolti per aziende private, specialmente se operanti nel settore farmaceutico o dei dispositivi medici;

- attività retribuite come incarichi extra-istituzionali e svolte durante le giornate di missioni istituzionali.

Specifiche criticità si ravvisano nei seguenti casi:

- richieste presentate a ridosso della data di avvio dell'incarico, in modo tale da non consentire ove necessario, l'espletamento degli approfondimenti istruttori prodromici al rilascio della preventiva autorizzazione. Si ricorda in proposito che la normativa vigente attribuisce all'amministrazione uno spazio temporale di trenta giorni per concedere l'autorizzazione;
- utilizzo per lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali di codici di assenza impropri (missione – servizio fuori sede);
- mancata o ritardata comunicazione dei compensi percepiti, con conseguente difficoltà di rispetto dei tempi previsti per l'inserimento dei dati nel sistema informatico "PERLA PA".

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

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

In particolare, prima di accogliere la richiesta del dipendente:

- verifica la completezza dell'autodichiarazione e che, quanto dichiarato, sia accompagnato da assenso da parte del Direttore della Struttura di appartenenza in ordine alle dichiarazioni rese dal dipendente;
- verifica, sulla base della dichiarazione e della documentazione prodotta dall'interessato e di altri elementi all'occorrenza disponibili, che dagli stessi non emergano elementi di incompatibilità di diritto/di fatto/di merito;
- in alcune ipotesi di particolare complessità, infine, l'autorizzazione sarà concessa con il coinvolgimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel caso in cui si tratti di incarichi:

- a) che richiedano un approfondimento in ordine alla possibile sussistenza di un conflitto anche solo potenziale di interessi;
- b) che abbiano quale destinatario un Direttore di Struttura scientifica.

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

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

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

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

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

Nella stessa dichiarazione dovranno essere segnalate tutte le ipotesi, anche solo potenziali, di conflitto di interessi. L'autodichiarazione di che trattasi dovrà essere compilata con particolare cura, qualora l'incarico abbia ad oggetto a qualsiasi titolo la materia vaccinale.

In sede di monitoraggio, si procederà:

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

documentazione, e, infine, il documento che attesti l'avvenuto rilascio o diniego della prescritta autorizzazione.

Nel corso dell'anno 2025, come misura di contenimento del rischio, sarà utile procedere alla predisposizione di uno specifico disciplinare, da adottare previa delibera del CdA, nel quale siano definiti i criteri e le procedure per l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, anche tenuto conto delle linee guida già adottate dall'Ufficio e pubblicate sulla pagina Intranet Iss - Sezione Personale - Trattamento giuridico ed economico del personale - cartella Incarichi extra-istituzionali.

INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

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

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

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

INCOMPATIBILITÀ

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

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

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

INCONFERIBILITÀ

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

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

RIMEDI

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2024 si è proceduto alla acquisizione delle autodichiarazioni attestanti la insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, alle quali è stato allegato l'elenco degli incarichi ricoperti dal soggetto cui è conferito l'incarico.

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

Il controllo svolto non ha fatto emergere situazioni tali da richiedere un ulteriore approfondimento.

Anche per l'anno 2025 si procederà al controllo su un campione delle autodichiarazioni acquisite.

Il controllo sulla veridicità di queste ultime verrà effettuato sulla base della documentazione presentata (elenco degli incarichi ricoperti, *curriculum vitae*, fatti notori comunque acquisiti); nell'ipotesi in cui si rendesse necessario procedere ad ulteriori approfondimenti, l'Istituto valuterà l'opportunità di rivolgersi anche agli enti pubblici e/o privati che detengono le informazioni necessarie all'effettuazione del controllo; potrà, inoltre, essere instaurato un contraddittorio con il soggetto interessato al fine di acquisire le opportune informazioni aggiuntive.

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

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

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

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

Resta inteso che tutti i dati contenuti nelle dichiarazioni di assenza di cause di inconfiribilità 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.

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO (*PANTOUFLAGE*)

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

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

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

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

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

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

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

Al fine di contenere il rischio di *pantouflage*, nel corso del 2024 l’ISS ha posto in essere le seguenti misure:

- l’inserimento, negli atti di assunzione del personale, di una apposita clausola che preveda espressamente il divieto di “*pantouflage*”;
- l’acquisizione di una dichiarazione da parte del dipendente al momento del collocamento a riposo per limiti di età, di specifico riferimento al divieto di *pantouflage*.
- per partecipare alle procedure di evidenza pubblica, è previsto che l’operatore economico sia tenuto a rendere la dichiarazione contenuta nel DGUE, comunicando se si trovi o meno nella condizione prevista dall’art. 53 comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 per avere concluso

contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, attribuito incarichi ad ex dipendenti della stazione appaltante che hanno cessato il loro rapporto di lavoro da meno di tre anni e che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa stazione appaltante nei confronti del medesimo operatore economico. In caso di false dichiarazioni l'Autorità Nazionale AntiCorruzione procede, previo accertamento dell'esistenza di una situazione rientrante nel divieto di *pantouflage*, alla verifica dell'esistenza delle condizioni per l'applicazione della misura prevista dal Codice dei contratti pubblici.

- Inoltre è assicurato il rispetto di quanto disposto con delibera Anac del 25 settembre 2024, che ha adottato due atti in materia:
 - a. un regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria sul *pantouflage* da parte di ANAC con Delibera n. 493 bis del 25 settembre 2024;
 - b. le linee guida n. 1 del 2024, sul divieto di *pantouflage*.

Resta inteso che si procederà, anche per l'anno 2025, a fare ricorso a tali misure.

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

Di immediata applicazione è la previsione di cui all'art. 35 *bis* del D.lgs. n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012 per il caso di formazione di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi e di quelle per la scelta del contraente e per quello di assegnazione agli uffici nei casi di condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale.

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

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

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

Sulla veridicità di tali dichiarazioni, è stato avviato un controllo a campione attraverso la consultazione del casellario giudiziale presso la competente Procura della Repubblica.

Tali controlli saranno posti essere, da parte dei competenti Uffici, sempre a campione, anche per il 2025.

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.

Nel corso del 2024 si è proceduto a sensibilizzare le strutture scientifiche ed amministrative a far uso, innanzi tutto, di misure organizzative che possano affiancare la rotazione del personale; nello specifico, si è incentrata l'attenzione sulla necessità di procedere con il:

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

- Previsione della “doppia sottoscrizione” degli atti con la apposizione della firma sia da parte del soggetto istruttore che del titolare del potere di adozione dell’atto finale, al fine di rafforzare la correttezza e legittimità degli atti;
- Favorire meccanismi di collaborazione tra i diversi settori in cui si articola la Struttura, in modo particolare in settori potenzialmente critici, e dove è presente un elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

Preso atto della iniziativa come sopra rappresentata, si intende procedere, nell’anno 2025, alla redazione di uno specifico “disciplinare” per regolamentare la misura della rotazione.

In tale documento dovranno essere affrontati i seguenti aspetti:

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

CRITERIO 2: Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale dirigenziale

CRITERIO 3: Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

CRITERIO 4: Vincoli alla rotazione

CRITERIO 5: Periodicità della rotazione

Individuazione del personale o delle funzioni da sottoporre a rotazione

PERSONALE SCIENTIFICO:

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

PERSONALE AMMINISTRATIVO

1. Dirigenti Amministrativi
2. Personale amministrativo di vario livello che svolge funzioni di:
 - Responsabile Unico del Procedimento (RUP)
 - Segretario/a di Commissione di Concorso

3. Funzionari/ie amministrativi/e che svolgono la loro attività nell'ambito dei seguenti settori:
- Contratti pubblici;
 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
 - Incarichi e nomine;
 - Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.
 - Acquisizione e gestione del personale

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

PERSONALE SCIENTIFICO

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

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

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

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

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

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

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

Direttori e Direttrici di Reparto:

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

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

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

PERSONALE AMMINISTRATIVO

I/Le Dirigenti amministrativi/e di seconda fascia:

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

A tale proposito appare opportuno precisare quanto segue:

in conformità con quanto stabilito dal DPCM del 22/01/2013, per l'Istituto Superiore di Sanità è prevista, come dotazione organica, la presenza di 2 Dirigenti di I^a fascia e di 9 Dirigenti di II^a fascia. A ciò si aggiunga che le specifiche attribuzioni degli uffici implicano che i dirigenti responsabili abbiano una particolare qualificazione professionale; valga, a titolo di esempio, la dirigenza dell'ufficio logistica, progettazione e manutenzione, per la quale è richiesto il possesso della laurea in ingegneria civile e la relativa abilitazione all'esercizio professionale:

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

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

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

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

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

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

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

Caratteristiche della rotazione ordinaria del personale non dirigenziale

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

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

Come regola generale il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. "funzionale", ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una modifica

periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai/alle dipendenti ed in particolare ai/alle responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie.

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

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

PERSONALE SCIENTIFICO

Ricercatori/trici –Tecnologi/ghe di vario livello:

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

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

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

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

PERSONALE AMMINISTRATIVO

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

Tali funzioni sono:

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

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

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

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

Vincoli alla rotazione

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

a. soggettivi, attinenti al rapporto di lavoro:

→ legati a diritti individuali del personale interessato quali: i diritti sindacali, la fruizione dei permessi per assistenza a familiari disabili di cui alla L. 104/1992, gli istituti a tutela della maternità o paternità di cui al D. L.vo n. 151/2001 (congedo parentale);

→ nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, è necessaria la preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi;

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

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

Un ulteriore condizionamento all'applicazione della rotazione è costituito dalla cosiddetta "infungibilità", connessa all'appartenenza a categorie o professionalità specifiche particolarmente pregnanti nel settore della ricerca ovvero alla esistenza di una specifica previsione normativa in rapporto alle qualifiche professionali necessarie a svolgere la prestazione in determinati uffici e direttamente correlate alle funzioni attribuite a detti uffici (ad es. l'abilitazione professionale e l'iscrizione nel relativo albo).

Periodicità della rotazione

4.1 DIRIGENTI AMMINISTRATIVI: Stabilita da specifica normativa

4.2 DIRETTORI DI DIPARTIMENTO/CENTRO/SERVIZIO: Stabilita da specifica normativa

4.3 DIRETTORI DI REPARTO: Stabilita da specifica normativa

4.4 RUP: Costante

4.5 COMMISSARI DI CONCORSO: Costante

4.6 PER LE ATTIVITÀ SOTTO ELENcate: Costante.

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

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

Del documento, del quale nella parte precedente sono stati riassunti i caratteri salienti, verrà data adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, ai fini della successiva adozione da parte dell'Ente.

FORMAZIONE E ROTAZIONE

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

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

LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

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

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

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

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

LA TUTELA DEL *WHISTLEBLOWER*

Con l'espressione *whistleblower* si fa riferimento a chiunque segnali violazioni o irregolarità di cui ha avuto conoscenza all'interno del proprio contesto lavorativo. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza. Il *whistleblowing* è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower* da eventuali ritorsioni o discriminazioni poste in essere in ragione della segnalazione.

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

In merito alla piattaforma informatica, nel corso del 2024 sono state effettuate importanti attività di adeguamento al D.Lgs. 24/2023, frutto di un'analisi condotta dalla Struttura di Supporto all'RPCT. Con l'ausilio del referente per le attività anticorruzione dell'Area Risorse Strumentali e Tecnologie Informatiche infatti, si è proceduto ad una sostituzione della precedente piattaforma informatica per le segnalazioni, con una nuova piattaforma crittografata che utilizza *GlobalLeaks, software in open source* concepito per le segnalazioni.

Di pari passo, si è concluso l'iter di adozione di un disciplinare sul *whistleblowing*, inteso quale atto organizzativo che disciplina le modalità di invio delle segnalazioni, la procedura per il loro trattamento, il regime delle tutele e garanzie per il *whistleblower*, attività resasi necessaria per l'adeguamento al D.Lgs. di cui sopra.

Nel corso del 2024 si è riscontrata una segnalazione registrata attraverso la piattaforma *whistleblowing* anzidetta. La segnalazione è stata acquisita dal RPCT

Le relative informazioni, tuttavia, non sono risultate riconducibili alle fattispecie contemplate dalla normativa in materia di segnalazioni di illeciti, e, pertanto, la segnalazione è stata archiviata, dandone comunicazione al segnalante.

Adempimenti ed iniziative previste per il 2025

Anche per il 2025, sono previste periodiche attività di test per garantire il corretto funzionamento della piattaforma Whistleblowing.

PATTI DI INTEGRITA' E RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE

Il Patto di integrità è un accordo tra la Stazione appaltante e gli operatori economici che, ai sensi dell'art. 1, comma 17, della l. 6 novembre 2012, n. 190, vincola i contraenti al rispetto di regole di condotta finalizzate a prevenire il verificarsi di fenomeni corruttivi e a promuovere comportamenti eticamente adeguati:

Il patto di integrità:

- Costituisce uno strumento finalizzato a rendere più trasparente lo svolgimento e l'esecuzione di una procedura d'appalto, rappresentando un patto di fiducia e di reciproco impegno ai principi di correttezza, trasparenza e lealtà da parte di tutti i partecipanti;
- Rappresenta una misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concussive o comunque volte ad inficiare il corretto svolgimento del procedimento amministrativo;
- Garantisce la concorrenza leale e le pari opportunità di accesso di ogni partecipante ;
- Va applicato a tutte le procedure sopra e sotto soglia;
- Va richiamato al contratto d'appalto e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Nella seduta del Consiglio di Amministrazione dell'Ente del 26 luglio 2019 (deliberazione n. 8 allegata al verbale n. 33), è stato approvato il patto di integrità da utilizzare nell'ambito dei contratti stipulati dall'Istituto, aggiornato in data 29 aprile 2024 con delibera del CDA n. 3.

L'Amministrazione assume l'impegno di verificarne il rispetto e l'applicazione delle prescrizioni contenute nel patto, sia da parte dei partecipanti alla procedura d'appalto, sia da parte dei dipendenti, che dei collaboratori, attraverso i relativi controlli, nel corso di esecuzione del contratto, del RUP e del DEC.

RASA-AUSA

Il servizio AUSA consente l'iscrizione all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti e l'aggiornamento, almeno annuale, dei rispettivi dati identificativi, in attuazione a quanto disposto dall'articolo 33-ter del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 221 del 17 dicembre 2012.

Il servizio di Qualificazione consente l'invio della domanda di iscrizione nell'elenco delle stazioni appaltanti qualificate ai sensi degli artt. 62 e 63 del D.Lgs. 36/2023, tramite il R.A.S.A .

Il R.A.S.A. attende a tutti gli adempimenti necessari per la più puntuale attuazione delle disposizioni normative in materia di Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti (A.U.S.A.). In particolare, il R.A.S.A. è incaricato alla compilazione e aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), alla verifica e/o compilazione del successivo aggiornamento (almeno annuale) delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 33-ter del D.L. del 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni, dalla L. del 17 dicembre 2012, n. 221.

L'art. 33-ter del D.L. 179-2012 prescrive infatti che i dati presenti sull'AUSA siano aggiornati almeno una volta all'anno, pena la nullità di diritto degli atti compiuti dopo la data in cui l'aggiornamento deve essere effettuato.

Il R.A.S.A. nominato dall'Istituto Superiore di Sanità Stazione Appaltante è il Direttore Architetto Giovanni Carabotta, direttore dell'Ufficio Logistica Progettazione e Manutenzione e Direttore ad interim dell'Ufficio Contratti.

ATTIVITA' CONTRATTUALE

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

Le due fasi principali sono: la fase procedimentale, che riguarda la fase di scelta del contraente privato, da quando l'amministrazione decide di contrarre (determina di decisione, o delibera a contrarre), procede alla selezione (bando di gara, avviso, procedura negoziata, Consip), opera la scelta (aggiudicazione della procedura) fino alla fase di approvazione e controllo.

Questa fase è governata dal diritto amministrativo; l'amministrazione agisce in posizione di supremazia esercitando il pubblico potere, adottando provvedimenti amministrativi di tipo autoritativo nei confronti dei terzi (bando di gara, avviso, provvedimento di esclusione, graduatoria, aggiudicazione); in tale fase la giurisdizione compete al giudice amministrativo.

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

Il principio del risultato

Il Principio della fiducia

Il Principio dell’accesso al mercato

Il Principio di buona fede e di tutela dell’affidamento

Il Principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale

Il Principio di auto-organizzazione amministrativa

Il Principio di autonomia contrattuale.

Il Principio di conservazione dell’equilibrio contrattuale

I Principi di tassatività delle cause di esclusione e di massima partecipazione

Il Principio di applicazione dei contratti collettivi nazionali di settore.

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

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

Il presupposto per l’iter di formazione del contratto è l’inserimento dell’intervento da realizzare nell’atto di programmazione, attraverso cui si individuano i fabbisogni e le risorse finanziarie per la realizzazione dell’intervento.

Le procedure di affidamento sono: la procedura aperta, la procedura ristretta, la procedura negoziata competitiva con negoziazione, la procedura negoziata senza bando, dialogo competitivo e partenariato pubblico-privato.

Oltre alle opere e i lavori pubblici, l’attività negoziale riguarda anche i servizi e le forniture attraverso outsourcing (esternalizzazione, apertura al mercato aziendale) PNRR missione 6 MINISTERO DELLA SALUTE (Il regolamento applicabile (ue) 12 febbraio 2021, n. 2021/241), che istituisce il

dispositivo per la ripresa e la resilienza PNC collegato alla missione 6 –Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) denominata “definizione di un nuovo assetto istituzionale sistemico per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con approccio integrato” (One Health).

L’Istituto Superiore di Sanità (ISS), è soggetto attuatore per alcuni investimenti SNPA nell’ambito del PNC per quanto concerne: - la formazione di livello universitario e programma nazionale di formazione continua in salute, ambiente e clima; - che prevede il rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA a livello nazionale, regionale e locale, e il miglioramento delle infrastrutture, delle capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata, nonché per le opere di manutenzione o ristrutturazione degli interventi di edilizia necessari per svolgere attività delle strutture di SNPA in salute, ambiente e clima nell’ambito del PNC, completi delle necessarie strutture, impianti elettromeccanici, elettrici, telefonici ed elettronici e finiture di qualsiasi tipo, nonché delle eventuali opere connesse, complementari e accessorie e la fornitura, il montaggio, la manutenzione e la ristrutturazione di apparecchiature di campionamento e analitiche, nonché beni strumentali impiegati per l’attività di laboratorio e di studio delle strutture di SNPA in Salute, Ambiente e Clima nell’ambito .

AMBITI DI INTERVENTO

- 1) Attività di formazione in ambito sanitario-ambiente
- 2) Attività di ricerca applicata
- 3) Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (c.d. PDTA) integrati e multiprofessionali
- 4) Interoperabilità banche dati
- 5) Interventi di miglioramento delle infrastrutture
- 6) Interventi di miglioramento tecnologico
- 7) Interventi di integrazione funzionale e operativa delle strutture del SSN
- 8) Interventi strategici per la prevenzione delle malattie acute e croniche associate ai rischi ambientali
- 9) Interventi di sviluppo di piattaforme digitali nazionali nel contesto del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) e Sistema nazionale di protezione

dell'ambiente (SNPA) a livello nazionale, regionale e locale, migliorando le infrastrutture, le capacità umane e tecnologiche e la ricerca applicata -

10) Interventi su programmi operativi per modelli di intervento integrato ambiente-clima

11) Interventi di rafforzamento complessivo delle strutture e dei servizi di SNPS-SNPA

12) Interventi rivolti alla creazione-miglioramento della rete di assistenza di sanità territoriale

L'Istituto interviene anche nella Missione 4: Istruzione e ricerca (attribuita al MUR)

La Missione 4 mira a rafforzare le condizioni per lo sviluppo di una economia ad alta intensità di conoscenza, di competitività e di resilienza, partendo dal riconoscimento delle criticità del nostro sistema di istruzione, formazione e ricerca.

L'Istituto interviene anche nella MISSIONE 1, attribuita alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale, in particolare per quanto riguarda la digitalizzazione della sanità.

Normativa applicabile e da inserire nella documentazione delle procedure del PNRR

a) Rapporto sulla situazione del personale, ex art. 47, comma 2 del D.L. 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108: nel caso in cui l'O.E. occupa oltre cinquanta dipendenti, è tenuto alla redazione del rapporto sulla situazione del personale, ai sensi dell'art. 46 del D.Lvo 11 aprile 2006, n. 198 e a produrlo, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione;

b) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile, ex art. 47, comma 3 del D.L. 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108: Nel caso in cui l'O.E. occupa un numero pari o superiore a quindici e non superiore a cinquanta dipendenti, è tenuto a consegnare una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta;

c) Dichiarazione di regolarità sul diritto al lavoro delle persone con disabilità, ex art. 47, comma 3 bis del D.L. 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108: Nel caso in cui l' O.E. occupa un numero pari o superiore a quindici e non superiore a cinquanta dipendenti è,

altresì, tenuto a consegnare, nel medesimo termine, apposita dichiarazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 che attesti di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro delle persone con disabilità, e una relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a proprio carico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte;

d) Dichiarazione obbligo assunzione del 30% di giovani e donne per appalti finanziati dal PNRR, ex art. 47, comma 4 del D.L. 31 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, unicamente qualora l'Operatore economico debba procedere a nuove assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto di appalto;

Il contratto di appalto deve rispettare i seguenti principi e obblighi:

Principio del “non arrecare danno significativo” all’ambiente (cd. “*Do No Significant Harm*” - DNSH), secondo il quale nessuna misura finanziata dagli avvisi deve arrecare danno agli obiettivi ambientali, in coerenza con l'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852. Tale principio è teso a provare che gli investimenti e le riforme previste non ostacolino la mitigazione dei cambiamenti climatici. L’aggiudicatario si impegna, in caso di aggiudicazione, ad eseguire le opere nel rispetto delle prescrizioni individuate nel CSA e finalizzate al rispetto del DNSH;

Obbligo di conseguimento di target e milestone e degli obiettivi finanziari;

Obblighi in materia di comunicazione e informazione, attraverso l’esplicito riferimento al finanziamento da parte dell’Unione europea e all’iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase “finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU”) e la presenza dell’emblema dell’Unione europea.

I piani nazionali per la ripresa e la resilienza non sono programmi di spesa ma performance based, ovvero incentrati su milestone (fasi di natura amministrativa e procedurale) e target (risultati in base agli indicatori).

Modalità attuative:

Le amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR possono procedere all’attuazione dei progetti attraverso le seguenti modalità:

a titolarità, cioè l’amministrazione centrale è titolare di interventi del PNRR attraverso le strutture amministrative preposte; dunque, l’amministrazione in veste di soggetto attuatore è responsabile degli

adempimenti amministrativi, dell'espletamento delle procedure e responsabile della gestione, monitoraggio, controllo e rendicontazione;

-a regia, cioè le amministrazioni centrali provvedono a individuare gli organismi pubblici e privati, potenziali titolari dei progetti (l'individuazione avviene tramite avvisi pubblici e manifestazioni di interesse).

Modalità di selezione dei progetti:

procedura concertativa negoziale;

procedura di selezione tramite avviso pubblico;

individuazione dei progetti tramite procedure previste da appositi atti normativi (leggi di finanziamento-ammissibilità della spesa).

La conseguente assegnazione di risorse avviene attraverso decreti attuativi per l'attribuzione delle risorse, operando una ripartizione territoriale della dotazione finanziaria e definendo i criteri utili per la selezione e la realizzazione degli investimenti.

CONFLITTO DI INTERESSE NEGLI APPALTI PUBBLICI

Il conflitto di interessi è definibile come una condizione di fatto e poi di diritto che si verifica quando viene affidata una responsabilità decisionale a un soggetto che ha interessi personali, professionali o familiari in contrasto con l'imparzialità richiesta da tale ruolo e responsabilità, che può così venire meno a causa degli interessi divergenti in causa.

L'Istituto assicura il rispetto delle prescrizioni ex lege, attraverso la sottoscrizione da parte dei RUP o Direttore dell'esecuzione del contratto per i servizi e forniture o direttore lavori per i lavori nominati nelle procedure ad evidenza pubblica, della dichiarazione di assenza di cause di conflitto di interesse.

La legge n. 190/2012 ha disciplinato, in termini generali, l'istituto del conflitto d'interessi, facendo seguito ad indicazioni di alcuni organismi internazionali quali il Consiglio di Europa, mediante le Raccomandazioni del gruppo GRECO e l'OECD attraverso le linee guida. Queste ultime, elaborate in relazione alle best practises, indicano tra gli strumenti per la gestione del conflitto d'interessi il recusal, cioè l'astensione.

Con la nuova norma introdotta è stata innanzitutto data attuazione nell'ordinamento nazionale all'art. 6 della Convenzione ONU adottata dall'Assemblea generale del predetto Organismo internazionale il 31 novembre 2003 (e meglio conosciuta come convenzione di Merida) e ratificata dall'Italia con legge n. 116/2009. L'art. 8, comma 5, di detta convenzione stabilisce che “Ciascuno Stato Parte si adopera...al fine di attuare misure e sistemi che obblighino i pubblici ufficiali a dichiarare alle autorità competenti, in particolare, ogni loro attività esterna, impiego, investimento, bene e ogni dono o vantaggio sostanziale dal quale potrebbero risultare un conflitto di interessi con le loro funzioni di pubblico ufficiale”.

L'Istituto Superiore di Sanità, nella sua qualità di stazione appaltante, prevede misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni possibile ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.

Da tale disposizione emerge che a differenza della disciplina generale contenuta nella Legge n. 190/2012 il codice dei contratti pubblici contiene una definizione di conflitto di interessi (prima l'art. 42 del dlgs.vo n. 50 del 2016, oggi l'art. 16 del d.lgs. n. 36 del 2023 riprende pedissequamente l'art. 24 della direttiva n. 24/2014).

La disposizione codicistica prevede, infatti, che si abbia conflitto di interessi quando un soggetto, che interviene con compiti funzionali nella procedura di gara o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni potendone influenzare (in qualsiasi modo) il risultato, gli esiti e la gestione, abbia “direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione”.

La norma specifica, inoltre, che “*in coerenza con il principio della fiducia e per preservare la funzionalità dell'azione amministrativa*”, l'eventuale conflitto debba essere provato da chi lo invoca, “*sulla base di presupposti specifici e documentati*”, e debba riferirsi “*a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro*”.

In capo all'Istituto, nella sua qualità di stazione appaltante, in forza del comma 4 del citato art. 16, sussiste l'onere di adottare “*misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse*” e di vigilare affinché il personale adempia all'obbligo di cui al

comma 3 di fornire tempestiva comunicazione rispetto alla ricorrenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse.

La dichiarazione va fornita contestualmente alla nomina.

Relativamente all'aspetto oggettivo, giova osservare che a differenza di quanto previsto dalla previgente normativa (art. 42 D.lgs. n. 50/2016) che faceva riferimento alla "procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni", l'art 16 D.lgs n. 36/2023 fa espressamente riferimento alla "*procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni*".

Le linee guida ANAC chiariscono che:

"l'interferenza tra la sfera istituzionale e quella personale del funzionario pubblico, si ha quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio siano adottate da un soggetto che abbia, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l'interesse pubblico" .Inoltre, si chiarisce che il rischio che si intende evitare "può essere soltanto potenziale e viene valutato ex ante" (par. 2.3) e che, comunque, "oltre alle situazioni richiamate dall'articolo 42 del Vecchio Codice n. 50 del 2016, il conflitto di interesse sussiste nei casi tipizzati dal legislatore nell'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica n. 16 aprile 2013, n. 62, ivi compresa l'ipotesi residuale, già indicata, di esistenza di gravi ragioni di convenienza".

Le linee guida dell'ANAC chiariscono, inoltre, che l'ambito soggettivo riguarda non solo i dipendenti in senso stretto delle pubbliche amministrazioni ma anche coloro che possano "obiettivamente influenzarne l'attività esterna" .

LA FORMAZIONE

La Legge n. 190/2012 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*” prevede all’art.1 che le Amministrazioni dello Stato, sulla base dei propri Piani di Prevenzione della Corruzione, provvedano alla formazione dei dipendenti sui temi dell’etica e della legalità.

I Piani Nazionali Anticorruzione obbligano a programmare adeguati percorsi di formazione tenendo presente una strutturazione su due livelli:

- Livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l’aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell’etica e della legalità (approccio valoriale);
- Livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e ai funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’amministrazione.

Ai sensi dell’art. 1 comma 10 è compito del Responsabile di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza individuare il personale da inserire nei programmi di formazione.

FORMAZIONE GENERALE

Nel corso del 2024, grazie alla stipula di una specifica convenzione con la Scuola Nazionale dell’Amministrazione, è stata svolta un’attività di formazione generale a tappeto rivolta a tutto il personale dell’Ente.

Il modulo formativo è stato organizzato in modalità *e-learning* asincrona con video lezioni della durata complessiva di quattro ore, da fruire nel periodo di apertura della sessione (un mese), dal titolo “*Prevenzione e contrasto alla corruzione nelle PA: dalla legge 190/2012 al PNRR*”.

Il Programma didattico del corso ha previsto la trattazione dei seguenti argomenti:

- prevenzione della corruzione: introduzione;
- prevenzione della corruzione: il quadro normativo;
- il modello decentrato;
- le misure di prevenzione della corruzione;
- la tutela del *whistleblower*;
- parità di genere e corruzione;
- formazione e sensibilizzazione;

- la strategia anticorruzione a livello internazionale;
- introduzione al modello italiano di prevenzione dei rischi di corruzione;
- analisi del contesto e valutazione dei rischi di corruzione;
- eventi corruttivi e determinanti comportamentali;
- comportamenti individuali e sistemi di prevenzione della corruzione;
- il processo di gestione del rischio.

Di seguito un prospetto riepilogativo delle 10 edizioni del corso

EDIZIONI	DATA INIZIO	DATA FINE	PARTECIPANTI
edizioni anno 2023			
Prima edizione	18-set-23	18-ott-23	138
Seconda edizione	19-ott-23	19-nov-23	89
Terza edizione	20-nov-23	20-dic-23	103
edizioni anno 2024			
Quarta edizione	20-gen-24	19-feb-24	61
Quinta edizione	20-feb-24	19-mar-24	81
Sesta edizione	20-apr-24	19-mag-24	73
Settima edizione	20-giu-24	19-lug-24	69
Ottava edizione	20-set-24	19-ott-24	52
Nona edizione	20-ott-24	19-nov-24	45
Decima edizione	20-nov-24	20-dic-24	79
			790

All’esito delle dieci edizioni attivate, la percentuale dei dipendenti formati è stato pari al 40% dei dipendenti totali (personale a tempo determinato ed a tempo indeterminato).

La formazione sulle tematiche in parola, ha consentito la diffusione di valori etici, mediante l’insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

L’Ente intende continuare a garantire che l’attività amministrativa sia svolta da soggetti consapevoli, che conoscono e condividono gli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) e, pertanto, che la discrezionalità sia esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza, con progressiva riduzione del rischio di cattiva amministrazione.

Considerato quanto appena rappresentato, è intenzione dell'Istituto proseguire, anche nell'annualità 2025, le attività di formazione generale al fine di arrivare ad una copertura pressoché totale del personale interessato.

Tutti i dipendenti, con particolare riferimento al personale che non ha potuto partecipare a una delle edizioni già erogate del corso di formazione generale e quello di nuova assunzione, saranno invitati ad iscriversi al corso “*La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa*” disponibile sulla piattaforma *Syllabus* della durata di otto ore, da fruire in modalità *e-learning* asincrona.

FORMAZIONE SPECIFICA

I soggetti che, nell'annualità 2024, sono stati interessati dalla formazione specifica sono stati:

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

Di seguito l'elenco dei corsi espletati.

titolo corso	Numero partecipanti
conflitto di interessi: obblighi di astensione, incompatibilità, inconfiribilità e riflessi della l. 114/2024 (riforma Nordio)	3
<i>diversity management</i> e differenze di genere nella pa: ruolo dei CUG	1
etica e pa: profili comportamentali e disciplinari	2
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: aree di rischio _ acquisizione e gestione del personale	3
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: aree di rischio _ affari legali e contenzioso	3
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: aree di rischio _ controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: aree di rischio _ fiscalità e contributo unificato	1
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: aree di rischio _ gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: aree di rischio _ incarichi e nomine	1
prevenzione e contrasto alla corruzione nelle pa: dalla legge 190/2012 al pnrr	1
strumenti e strategie di prevenzione della corruzione: seminari tematici_ il rapporto tra digitalizzazione e anticorruzione: aspetti tecnici e organizzativi	1
strumenti e strategie di prevenzione della corruzione: seminari tematici_ il <i>whistleblowing</i> - in collaborazione ANAC	2
strumenti e strategie di prevenzione della corruzione _ analisi del contesto e misurazione del fenomeno corruttivo	3
Totale complessivo	23

Nel corso del 2025, è previsto, per gli stessi soggetti sopra elencati, unitamente ai Referenti e loro delegati, per un totale di circa cento professionalità, un corso di formazione specifica dedicata alle *“funzionalità della piattaforma informatica anticorruzione ISS”*

Tale formazione sarà svolta mediante l'intervento di una società specializzata nel ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Saranno poi costantemente monitorati i seminari tematici offerti annualmente da SNA, concernenti, di norma, le seguenti tematiche:

- gestione dei conflitti d'interesse nei contratti pubblici;
- provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari;
- acquisizione e gestione del personale;
- incarichi e nomine;
- affari legali e contenzioso;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- fiscalità e contributo unificato.

LA TRASPARENZA

LA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” DEL SITO INTERNET ISS.IT - PUBBLICAZIONE DEI DATI

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

Il portale istituzionale assicura la piena accessibilità delle informazioni pubblicate ed ivi 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.

Nel corso dell'anno 2024 si è continuato a popolare la sezione “*Amministrazione Trasparente*”, garantendo, in tal modo, l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013.

Anche nel 2024, in attuazione dell'Atto del Presidente ANAC del 1/6/2024, l'Organismo Indipendente di Valutazione ha effettuato la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione al 31 maggio 2024, come da griglia di rilevazione pubblicata in Amministrazione Trasparente, sottosezione *Controlli e rilievi sull'Amministrazione*.

I dati la cui pubblicazione si è richiesto di attestare sono quelli presenti nelle seguenti sottosezioni di I livello: *Consulenti e collaboratori; Performance; Enti controllati; Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici; Beni immobili e gestione patrimonio; Controlli e rilievi sull'amministrazione; Servizi erogati; Pagamenti dell'amministrazione; Pianificazione e governo del territorio*. Per lo svolgimento di tale verifica si è utilizzato un applicativo web reso disponibile sul sito internet dell'Autorità, già utilizzato per l'annualità precedente.

Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV, l'RPCT ha assunto le iniziative mirate a superare le criticità rilevate nel corso della verifica in questione, con una costante interlocuzione con l'ufficio responsabile della trasmissione, e ciò non soltanto in punto di pubblicazione e completezza dei dati ma anche, come previsto dal sopracitato Atto e a decorrere dal 2024, prendendo in esame le rivelazioni sulla completezza rispetto agli uffici, l'aggiornamento e il formato. L'Organismo, nella propria attività di monitoraggio sulle misure di trasparenza, come previsto dal suddetto Atto del Presidente, ha verificato il superamento delle criticità espresse nella griglia di rilevazione. L'Ente ha poi provveduto alla pubblicazione della scheda di monitoraggio nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Relativamente agli obblighi di pubblicazione e trasmissione delle informazioni su Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il D.Lgs. 36/2023 (Nuovo Codice dei Contratti Pubblici) ha abrogato l'art. 1 c.32 della legge 190/2012 a mente del quale, nell'anno 2023 si era provveduto, per il dataset al 31/12/2022, alla trasmissione all'Autorità delle informazioni imposte dalla suddetta disposizione. Con l'entrata in vigore del Nuovo Codice dei Contratti, la trasparenza dei dati già previsti dall'art. 1, co. 32 della l. 190/2012, e ora indicati nell'art. 28 co. 3 del nuovo codice, dati relativi alle procedure avviate dopo il 01/01/2024, in conformità con quanto disposto da ANAC in tema di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, è assolta mediante la trasmissione alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) attraverso la piattaforma Maggioli, piattaforma di approvvigionamento digitale certificata secondo le istruzioni dell'Autorità.

L'Ente, ha inserito sul sito istituzionale, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", sottosezione *Bandi di gara e Contratti*, un collegamento ipertestuale alla piattaforma Maggioli che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto.

Nel corso del 2024, su impulso dell'RPCT, sono stati sviluppati, di concerto con l'Area Risorse Strumentali e Tecnologie Informatiche e con le strutture di volta in volta interessate nuovi collegamenti, raggiungibili dalla *home page* del sito istituzionale:

- PNRR (“*Attuazione misure PNRR*”) in ordine alla pubblicazione dei dati sullo stato di attuazione delle misure del PNRR;
- 5 per mille (“*Il 5 per mille e l'ISS*”): sottosezione in cui vengono pubblicati, ai sensi del DPCM 23 luglio 2020, i dati relativi ai progetti finanziati con gli importi percepiti in qualità di ente beneficiario;
- *Portale Open Data*: nel solco della normativa europea, degli indirizzi programmatici delle autorità nazionali di regolazione e nel rispetto delle linee strategiche dell'Ente, è stato pubblicato un catalogo di dati aperti (*open data*).

Sono state altresì implementate le seguenti sottosezioni di Amministrazione Trasparente:

- Servizi erogati / Servizi in rete: sono stati pubblicati, ai sensi dell'art. 7 c. 3 D.Lgs. 82/2005 (CAD), le statistiche di utilizzo del sito iss.it e della sezione Amministrazione Trasparente;
- Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione, contenuti sul *Whistleblowing*: sono stati pubblicati il link alla nuova piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni ed il nuovo disciplinare interno (cfr. par. sul *Whistleblowing*).

L'Ente si impegna ad assolvere a tutti i premessi adempimenti anche nel corso del 2025.

REDAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ACCESSIBILITA'

La dichiarazione è stata effettuata utilizzando una valutazione conforme alle prescrizioni della direttiva (UE) 2016/2102 mediante autovalutazione effettuata direttamente dal soggetto erogatore. La dichiarazione è stata aggiornata il 20.09.2024 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 DEI DATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE

La sezione Amministrazione Trasparente è tenuta costantemente monitorata da parte dell'RPCT e del Responsabile della Pubblicazione dei Dati, con il supporto del personale incaricato, con conseguente

redazione di un report trimestrale che consente di rilevare informazioni circa lo stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione, ovvero sia se vi è un assolvimento totale o parziale o se vi sono delle anomalie circa la qualità dei dati pubblicati.

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 c.d. “semplice”.

ATTIVITA' PREVISTE E PROGRAMMATE

Adempimenti annuali richiesti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)

Anche per l’anno 2025, secondo i termini e le condizioni stabilite dall’Autorità di vigilanza, la sezione “Amministrazione Trasparente” sarà sottoposta alle “*Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, all’assolvimento degli obblighi di pubblicazione e attività di vigilanza dell’Autorità*”,

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, sottosezione *Controlli e rilievi sull’Amministrazione/ Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe*.

Iniziative per la diffusione della cultura della trasparenza

Nel corso del 2025, con termini e modalità da individuare, sarà fornita al personale dell’Ente un’illustrazione della sezione del sito istituzionale “*Amministrazione Trasparente*” ad opera del RPCT e del Responsabile della Pubblicazione dei dati.,

Adeguamento ai nuovi “schemi di pubblicazione” di cui alla Delibera ANAC 495/2024 e alle relative “istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013”.

L’anno 2025 coincide con il periodo transitorio che le Amministrazioni hanno a disposizione per aggiornare le relative sottosezioni di I e II livello di Amministrazione Trasparente secondo i nuovi modelli di pubblicazione adottati da ANAC con la suindicata Delibera. Insieme ai nuovi schemi, l’Autorità ha adottato anche delle “Istruzioni operative” (allegato n. 4 cit. Delibera), con raccomandazioni per l’inserimento dei dati secondo le schede di cui sopra.

Si precisa che tale adempimento riguarderà, in una fase sperimentale, esclusivamente gli obblighi di pubblicazione concernenti:

- la trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4 bis D.Lgs. 33/2013);
- l'organizzazione dell'Ente (art. 13 D.Lgs. cit.);
- i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (art. 31, D.Lgs. cit.).

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

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

SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE (D.LGS. 33/2013)			
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "DISPOSIZIONI GENERALI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (PIAO)	Annuale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti generali	Tempestivo	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Oneri informativi per cittadini e imprese	Tempestivo	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "ORGANIZZAZIONE"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Tempestivo/annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Presidenza • Direzione Generale • Ufficio Affari Generali 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	RPCT	Responsabile della pubblicazione dei dati
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	N/A	N/A	N/A
Articolazione degli uffici	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
Telefono e posta elettronica	Tempestivo	/	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "CONSULENTI E COLLABORATORI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Tempestivo	Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche	Responsabile della pubblicazione dei dati

SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PERSONALE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Presidenza 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Presidenza • Direzione Generale • Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione • Ufficio Trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dirigenti cessati	-----	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Posizioni organizzative	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dotazione organica	Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Personale non a tempo indeterminato	Trimestrale/Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tassi di assenza	Trimestrale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Contrattazione collettiva	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Contrattazione integrativa	Tempestivo/Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
OIV	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati

SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BANDI DI CONCORSO”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Bandi di concorso	Tempestivo	Ufficio reclutamento borse di studio e formazione	Ufficio reclutamento borse di studio e formazione
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PERFORMANCE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Sistema di misurazione e valutazione della performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano della Performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Relazione sulla Performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Documento dell’OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Tempestivo	Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Responsabile della pubblicazione dei dati
Ammontare complessivo dei premi	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati relativi ai premi	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ENTI CONTROLLATI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Enti pubblici vigilati	N/A	N/A	N/A
Società partecipate	Tempestivo/Annuale	Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Responsabile della pubblicazione dei dati
Enti di diritto privato controllati	Tempestivo/Annuale	Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Responsabile della pubblicazione dei dati
Rappresentazione grafica	Annuale	Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie	Responsabile della pubblicazione dei dati

SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tipologia di procedimento	Tempestivo	Singolo Ufficio Responsabile delle tipologie di procedimento	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PROVVEDIMENTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Provvedimenti organi indirizzo politico	Semestrale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Provvedimenti dirigenti	Semestrale	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie • CNT • CNS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti • Responsabile della pubblicazione dei dati • CNT • CNS
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BANDI DI GARA E CONTRATTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti • Ufficio logistica, progettazione e manutenzione • CNT • CNS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti • Ufficio logistica, progettazione e manutenzione • CNT • CNS
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti • Ufficio logistica, progettazione e manutenzione • CNT • CNS 	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Criteri e modalità	N/A	N/A	N/A
Atti di concessione	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “BILANCI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Bilancio preventivo e rendiconto	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati

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

IBAN e pagamenti informatici	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “OPERE PUBBLICHE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	N/A	N/A	N/A
Atti di programmazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Pianificazione e governo del territorio	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “INFORMAZIONI AMBIENTALI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Informazioni ambientali	Tempestivo	Responsabile struttura scientifica/amministrativa interessata	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Strutture sanitarie private accreditate	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Interventi straordinari e di emergenza	N/A	N/A	N/A
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ALTRI CONTENUTI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Prevenzione della Corruzione	Tempestivo/Annuale	RPCT	Responsabile della pubblicazione dei dati
Accesso civico	Tempestivo/Semestrale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Annuale	Ufficio Affari Generali	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati ulteriori	—————	—————	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti di notifica	Tempestivo	Ufficio affari istituzionali e giuridici, contenzioso del lavoro e disciplinare	Responsabile della pubblicazione dei dati

Tabella rappresentativa della gestione dei dati pubblicati all'interno della Sezione “Amministrazione Trasparente” dell'Istituto Superiore di Sanità, raggiungibile al seguente link www.iss.it/amministrazione-trasparente-iss

RPCT (Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza)	Dott. Paolo BOTTINO
Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche	Dott.ssa Rosa Maria MARTOCCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Bilancio, Ragioneria, Affari fiscali, Controllo di gestione 	Dott.ssa Patrizia TANCREDI
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Trattamento Giuridico ed Economico del personale a tempo indeterminato e determinato 	Dott.ssa Grazia CORBELLO
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti 	Arch. Giovanni CARABOTTA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie 	Dott. Marco DES DORIDES
Direzione Centrale Affari Generali	Dott.ssa Claudia MASTROCOLA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Affari Generali 	Dott.ssa Daniela FELICI
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Affari Giuridici ed Istituzionali, Contenzioso del lavoro e disciplinare 	Dott. Letizia SPERANDIO
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Anticorruzione e trasparenza 	Dott. Paolo BOTTINO
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Logistica, Manutenzione e Progettazione 	Arch. Giovanni CARABOTTA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione 	Dott.ssa Francesca LA ROSA
Segreteria del Collegio dei Revisori	Sig.ra Roberta MURRU
Segretario Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance	Dott.ssa Alida LEONARDI
CNT – Centro Nazionale Trapianti	Dott. Giuseppe FELTRIN
CNS – Centro Nazionale Sangue	Dott. Vincenzo DE ANGELIS
Responsabile della Pubblicazione dei Dati	Dott. Edoardo DI MATTEO

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

NOME DELLA BANCA DATI	AMM. CHE DETIENE LA BANCA DATI	NORMA/E ISTITUTIVA/E DELLA BANCA DATI	OBBLIGHI PREVISTI DAL D.LGS. N. 33 DEL 2013
Banche dati di carattere amministrativo			
Perla PA	PCM-DFP	- Artt. 36, co. 3, e 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012	Art. 15 (<i>titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</i>); art. 17 (<i>dati relativi al personale non a tempo indeterminato</i>); art. 18 (<i>dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici</i>)
SICO - Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche	MEF-RGS (IGOP)	artt. 40-bis, co. 3, e 58-62 del D.Lgs. n. 165 del 2001	Art. 16, co. 1-2 (<i>dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato</i>); art. 17 (<i>dati relativi al personale non a tempo indeterminato</i>); art. 21, co. 1 (<i>dati sulla contrattazione collettiva nazionale</i>); art. 21, co. 2 (<i>dati sulla contrattazione integrativa</i>)
Patrimonio della PA	MEF-DT	- Art. 2, co. 222, della legge n. 191 del 2009; - art. 17, co. 3-4, del decreto legge n. 90 del	Art. 22, commi 1 e 2 (<i>dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le</i>

		2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014	<i>Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo); art. 30 (dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche)</i>
BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche	MEF-RGS	Art. 13 della legge n. 196 del 2009; - decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 23411 del 2010; - D.Lgs. n. 229 del 2011; - D.Lgs. n. 228 del 2011;	Art.29, co. 1 (<i>bilanci preventivi e consuntivi delle amministrazioni pubbliche</i>) Art. 37, comma 1, lett. a), b), c) (<i>informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori</i>) Art. 38 (<i>Pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche</i>).
Sito internet ANAC	ANAC	/	/
Censimento auto di servizio	PCM - Funzione Pubblica: Censimento auto di servizio	/	/
Banche dati di carattere scientifico			
<p style="text-align: center;"> Bonifiche Cancerogeni Modelli di schede dati di sicurezza Sensibilizzanti Sostanze chimiche ISSTOX Chemical Toxicity Databases Malattie rare esenti ticket Malattie rare: presidi accreditati Publiss Archiss Sibil (documenti di bioetica) Profili di Salute Archivio Preparati pericolosi Controllo di qualità tipizzazione HLA (trapianti) Farmaci orfani Di cui pubblicate in open data: Registro Italiano ArtroProtesi (RIAP) Stato dei corpi di acqua dolce </p>			

Dettaglio delle banche dati pubblicate nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente" ai sensi dell'art. 9-bis del D.Lgs. 33 del 2013.

ACCESSO CIVICO SEMPLICE ED ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

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

Nel corso del 2024 le richieste di accesso civico generalizzato (c.d. FOIA) sono state pari a 78, mentre non sono pervenute istanze di accesso civico c.d. "semplice" (ex art. 5, comma 1 D.Lgs. 33/2013)

Riguardo le istanze di riesame, si precisa che nel corso del 2024 sono pervenute al RPCT tre istanze. Anche nel 2024, l'attività di gestione delle richieste di accesso civico generalizzato (c.d. FOIA) sono state curate dall'Ufficio I Affari Generali della Direzione Centrale degli Affari Generali, il quale ha fornito il supporto giuridico necessario alle strutture amministrative e scientifiche dell'ISS destinatarie, per competenza, delle istanze di accesso civico, al fine di sensibilizzarle ad una maggiore consapevolezza circa il rispetto delle scadenze legali delle attività di riscontro a dette istanze.

Nell'ambito di tale attività, continua il costante monitoraggio delle istanze ricevute e dei riscontri o non riscontri trasmessi, esigenza questa connessa anche agli obblighi di trasparenza di cui alle Linee Guida ANAC FOIA (Delibera 1309/2016), con la pubblicazione semestrale del Registro degli accessi (atti, semplice e generalizzato c.d. FOIA) all'interno della sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione "Accesso civico".

Infine, al fine di definire la corretta gestione del flusso documentale scaturente dalle richieste di accesso civico generalizzato e di accesso documentale ex art. 22 e ss. della L. 241/1990 e s.m.i., nonché per evitare la generazione di contenzioso, è stata elaborata e diffusa una procedura interna (cfr. prot. n. 0048033 del 14/11/2024), al fine di consolidare una prassi di proficuo rapporto di collaborazione e confronto tra le diverse strutture dell'Ente destinatarie delle istanze di accesso, competenti e responsabili a darvi riscontro, e l'Ufficio Affari Generali della Direzione Centrale degli Affari Generali, trasversale a tutte le strutture di volta in volta interessate, che disciplini nel dettaglio l'attività in esame, dalla presa in carico dell'istanza alla sua evasione.

BILANCIAMENTO TRA TRASPARENZA E PRIVACY

La pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, è consentita seppur nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nel Regolamento UE 2016/679, tra cui, in particolare, il principio di non eccedenza.

Al fine di garantire un contemperamento di interessi tra le esigenze della trasparenza e il corretto trattamento dei dati personali, sussiste un'ideale attività di interlocuzione e di confronto con il DPO. La collaborazione con la Struttura di Supporto al DPO, ha portato al perfezionamento di alcune procedure di pubblicazione di dichiarazioni rese dai dipendenti tramite moduli o formulari, impedendo, già dalla predisposizione di tali *fac-simile*, la possibilità di inserire dati personali eccedenti. Si precisa che, per quei documenti ancora riportanti dati personali eccedenti, prima della pubblicazione si è provveduto al loro oscuramento effettuato in modalità informatizzata, Continuerà, anche nell'anno 2025, la collaborazione con il Responsabile della Protezione dati per garantire il rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, nel più ampio contesto del relativo bilanciamento con gli obblighi di trasparenza.

LE FASI TRASVERSALI DI CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE E RIESAME

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

Anche nell'anno 2024 costante è stata la comunicazione con le Strutture ISS per fornire la necessaria assistenza sull'uso della piattaforma informatica anticorruzione. In occasione delle attività di *riesame* e *monitoraggio di I livello* sono state organizzate sessioni di affiancamento/supporto ai Referenti presso un'aula dedicata in giornate ed orari prestabiliti al fine di fornire consulenza sulla compilazione dei dati nella piattaforma informatica.

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 e ponderazione del rischio.

Al netto dei controlli effettuati sulla funzionalità del ciclo nel suo complesso, operati nel primo semestre dal RPCT in collaborazione con la Struttura di supporto, si è reso necessario organizzare degli incontri con i Referenti finalizzati ad un approfondimento relativo ai dati caricati in piattaforma. Sono stati, a tal fine, organizzati una serie di incontri con i Direttori di Struttura (i Referenti) nei mesi di ottobre e novembre 2024. Questi incontri hanno rafforzato il coinvolgimento dei responsabili delle unità organizzative, favorendo una cultura orientata alla prevenzione della corruzione.

Negli incontri si è proceduto ad una iniziale valutazione circa la individuazione dei processi e della fasi della Struttura coinvolta, partendo dai dati presenti nella piattaforma informatica.

Sono stati, poi, in contraddittorio con il Capo Struttura e dell'eventuale delegato, esaminati i singoli processi e fasi oggetto di approfondimento, soffermandosi, su alcuni aspetti meritevoli di attenzione.

Di seguito l'elenco delle principali anomalie riscontrate.

- processo descritto in modo non chiaro (non comprensibile per un non addetto ai lavori)
- nella descrizione del processo sono presenti acronimi incomprensibili
- fase descritta in modo non chiaro (non comprensibile per un non addetto ai lavori)
- nella descrizione della fase sono presenti acronimi incomprensibili
- assegnazione del livello di rischio (A,M,B) non adeguata (sottostima del rischio)
- previsione di una misura di contenimento non adeguata (categoria di misura, tempistica, soggetto responsabile attuazione misura)
- anomalia nelle cause di mancata applicazione

Per ciascuna Struttura soggetta a controllo è stata redatta una scheda che è stata oggetto di contraddittorio durante gli incontri.

Di seguito si riporta il calendario degli incontri citati, specificando che nel corso del 2025 si continuerà con l'attività di controllo sino alla copertura della totalità delle Strutture.

UNITA' OPERATIVA	DATA INCONTRO
Centro Nazionale Ricerca Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci	venerdì 4 ottobre ore 12
Dipartimento di Neuroscienze	venerdì 4 ottobre ore 11
Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale	venerdì 4 ottobre ore 11
Centro Nazionale Malattie Rare	mercoledì 16 ottobre ore 11
Dipartimento Ambiente e Salute	martedì 29 ottobre ore 15.30
Centro Nazionale per la salute globale	giovedì 21 novembre ore 11.30
Dipartimento Sicurezza Alimentare, Nutrizione E Sanità Pubblica Veterinaria	incontro svolto da Agrimi il 12/12
Servizio grandi strumentazioni e core facilities	venerdì 15 novembre ore 12
Dipartimento Malattie Infettive	
Centro Nazionale per la Protezione dalle Radiazioni e Fisica Computazionale	incontrata la delegata il 19/11
Centro di riferimento per la medicina di genere	mercoledì 9 ottobre ore 11.30
Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento	mercoledì 16 ottobre ore 11
Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute	
Centro nazionale Sicurezza delle Acque	
Dipartimento Oncologia e Medicina Molecolare	mercoledì 6 novembre ore 11.30
Centro Nazionale Ricerca su HIV/AIDS	mercoledì 20 novembre ore 15.30
Coordinamento e promozione della ricerca	
Centro per la sperimentazione ed il benessere animale	
Centro nazionale dipendenze e doping	
Servizio biologico	
Centro nazionale per il controllo e la valutazione dei farmaci	
Centro nazionale delle sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore	
Servizio di statistica	
Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure	
Organismo Notificato	venerdì 22 novembre ore 11.30
Centro nazionale per le tecnologie innovative in sanità pubblica	

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 per la parte economica il 06/12/2022 e per la parte normativa il 18/01/2024, 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 ed in data 18 gennaio 2024 è stata sottoscritta la 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).

3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nell'ambito dell'Ente sono stati attivati nel tempo vari strumenti organizzativi finalizzati a facilitare la conciliazione vita-lavoro dei dipendenti, quali l'ampia flessibilità dell'orario di lavoro, nonché la promozione del lavoro a distanza garantito in maniera ampia al personale nelle diverse forme dello smart working e del telelavoro domiciliare. In particolare, terminato lo stato di emergenza pandemica si è assicurata in maniera stabile e strutturata la possibilità per tutti i dipendenti di accedere al lavoro a distanza, creando un contesto volto al benessere organizzativo e al miglioramento della qualità del lavoro.

Il lavoro agile, quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato mediante accordo tra le parti senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi previamente individuati dalle amministrazioni - per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici - tra i principali vantaggi presenta:

- Flessibilità operativa: Riduzione degli spostamenti e miglior gestione del tempo.
- Continuità dei servizi: Garantire l'operatività anche in situazioni di emergenza.
- Riduzione dei costi: Ottimizzazione delle risorse logistiche e infrastrutturali.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dell'ufficio e in parte all'esterno, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Per quel che riguarda il lavoro a distanza prestato con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato, questo è stato attuato nella forma del telelavoro domiciliare.

Il 22 marzo 2022 sono state emanate dall'Ente apposite Linee Guida sulla disciplina del lavoro a distanza, previo confronto con le OO.SS. e le RSU nel pieno rispetto degli obblighi, dei doveri e dei diritti connessi al rapporto di lavoro subordinato previsti per legge e per contratto, nonché nel rispetto della disciplina interna vigente. Le Linee Guida, in particolare, prevedono che il lavoro a distanza può essere applicato al personale di ruolo, anche part-time, nonché al personale a tempo determinato, nella misura in cui sia compatibile con le attività per cui è stato instaurato il rapporto di lavoro.

In particolare l'anno 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", basato sui due punti cardine che sono la prevalenza del lavoro in sede (già prevista nel DPCM 23 settembre 2021 a partire dal mese di ottobre dello stesso anno) e la subordinazione del lavoro a distanza al rispetto di condizioni operative, quali la previa stipula di un accordo individuale per la fissazione dei criteri essenziali della prestazione lavorativa, la rotazione del personale dipendente, la presenza di strumenti informatici adeguati, l'assenza di pregiudizio delle attività avuto riguardo 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, inoltre, valorizzato il lavoro a distanza, non solo come strumento di conciliazione tra la vita personale ed il lavoro, ma anche come occasione di innovazione organizzativa ed efficientamento dei processi.

In tale contesto in particolare si è ritenuto di dover garantire particolare tutela attraverso l'utilizzo del lavoro a distanza, anche dopo il superamento dell'emergenza pandemica, ai soggetti in condizione di fragilità personale o familiari. Con Direttiva del 29 dicembre 2023, il Ministro della Pubblica Amministrazione ha sensibilizzato le Pubbliche Amministrazioni all'utilizzo del lavoro agile quale strumento di salvaguardia dei soggetti che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute sia personali che familiari ai quali potrà essere garantita una maggiore flessibilità in ordine alla prestazione resa a distanza, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento dell'attività lavorativa in presenza.

L'Istituto ha effettuato per le finalità sopra indicate un significativo investimento tecnologico assicurando la piena operatività di una procedura, completamente informatizzata, destinata alla finalizzazione degli accordi di lavoro a distanza nelle due modalità del telelavoro domiciliare e del lavoro agile, definite sulla base delle indicazioni che nel corso dell'anno 2022 è stato possibile trarre dal leading case offerto dalla regolamentazione dell'istituto prevista nell'ambito del CCNL delle Funzioni centrali.

In particolare, il contratto di lavoro individuale è attivato su richiesta avanzata dal lavoratore, acquisito il parere del Responsabile della Struttura di appartenenza e viene stipulato in formato digitale con il datore di lavoro. L'intera procedura per la stipula dell'accordo è informatizzata attraverso una piattaforma dedicata.

Il Responsabile della Struttura di appartenenza esercita il potere direttivo e di controllo sulla prestazione lavorativa resa dal dipendente in modalità agile nel rispetto delle prerogative riconosciute ai ricercatori e ai tecnologi.

In ogni caso viene assicurato che lo svolgimento del lavoro a distanza non comporta rischi di discriminazione in termini di sviluppo della professionalità del personale coinvolto e non varia la natura giuridica ed economica del rapporto di lavoro. Il periodo di lavoro svolto in modalità agile è riconosciuto ai fini della progressione di carriera.

Tutti i dirigenti ed i responsabili di struttura sono chiamati a svolgere un ruolo fondamentale di promozione dell'innovazione dei sistemi organizzativi con l'obiettivo, da un lato, di sviluppare una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e all'incremento della produttività, attraverso nuove soluzioni organizzative e l'uso delle tecnologie e delle nuove reti di comunicazione, dall'altro di migliorare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro ed il benessere lavorativo del personale.

Al 1 gennaio 2024 l'84% del personale dipendente dell'ente aveva sottoscritto un contratto di lavoro a distanza.

Il 18 gennaio 2024 è stato approvato presso la sede dell'A.Ra.N. il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del personale del comparto Istruzione e ricerca - periodo 2019-2021 - Parte normativa, in cui viene, per la prima volta, disciplinato il lavoro a distanza, nella duplice accezione del lavoro agile (Capo I) e del lavoro da remoto (Capo II) nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti.

In particolare, quanto al lavoro agile (ex lege n. 81/2017), si evidenzia che tale modalità di lavoro è finalizzata a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro nonché una mobilità sul territorio

più sostenibile. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dell'ufficio e in parte all'esterno, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale. Il dipendente conserva i medesimi diritti ed obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato. Fermo restando che, per gli Enti di Ricerca, sono oggetto di confronto sindacale i criteri generali delle modalità attuative del lavoro agile nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi, l'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile. Sono esclusi i lavori effettuati in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili. L'accordo individuale è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, e deve contenere gli elementi essenziali previsti dal CCNL stesso.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, che rallentano o impediscono l'attività, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente, che può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio può anche comportare, nei limiti e con le modalità concordate con il dirigente responsabile, il recupero delle giornate di lavoro agile non fruito. Il lavoratore ha diritto alla disconnessione negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di reperibilità, in cui non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'amministrazione. Nel piano di formazione saranno previste specifiche iniziative formative ad hoc per il personale che usufruisca della modalità agile.

Quanto al lavoro da remoto, il lavoro a distanza può essere prestato anche con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa che comporta la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato. In particolare, l'Ente ha adottato tale tipologia di lavoro a distanza nella forma del telelavoro domiciliare

In tale contesto alcune prime indicazioni sono state fornite nel febbraio 2024 al fine di garantire il pieno rispetto delle nuove disposizioni contrattuali in materia ed è stato avviato un aggiornamento delle Linee guida adottate nel 2022, nonché dello schema tipo di accordo individuale sia per il lavoro agile che per il telelavoro domiciliare. Tale aggiornamento sarà portato a compimento nell'anno 2025. A tale riguardo l'Ente intende assicurare che l'accesso alle diverse modalità di lavoro a distanza e le prestazioni rese con tale tipologia di lavoro avvengano nel rispetto delle disposizioni vigenti, anche attraverso la definizione di nuovi strumenti volti a monitorare i risultati conseguiti in termini di miglioramento della programmazione delle attività, supporto all'innovazione, efficienza ed efficacia nella comunicazione e nel lavoro in genere, nonché rispetto dei tempi di lavoro.

3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

PIANO DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE: AGGIORNAMENTO 2025

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

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

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

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

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

STATO DELLE PROCEDURE CONCORSUALI

In applicazione dei piani di fabbisogno di personale degli anni precedenti, sono stati banditi pubblici concorsi e procedure di mobilità di cui al D.Lgs. n. 165/2001. È stato, altresì, attivato l'istituto di valorizzazione delle risorse professionali presenti in ISS, ai sensi dell'art. 12 bis del D.Lgs. n. 218/2016, come espressamente previsto nel PTA 2023 - 2025.

Nel corso dell'anno, inoltre, sono terminate le procedure selettive avviate ai sensi degli artt. 53 e 54 del CCNL 21 febbraio 2002 nei riguardi del personale inquadrato nei livelli IV – VIII. A tal proposito, si specifica che è stato disposto lo scorrimento integrale di tutte le graduatorie.

ANALISI RISORSE UMANE (PTA 2025-2027)

Si riporta qui di seguito una rappresentazione delle movimentazioni del personale a tempo indeterminato effettuate nel corso del 2024:

PERSONALE ISS A TEMPO INDETERMINATO: movimentazioni nell'anno 2024								
Profilo	Livello	Situazione al 31/12/2023	Assunzioni		Procedure ex art. 15 CCNL 07/04/2006	Cessazioni 2024	Situazione al 31/12/2024	Differenza
			Pubblico concorso 2024	Altre procedure 2024				
Dirigente di Ricerca	I	99	6	2*	17	13	111	10
Primo Ricercatore	II	246		2*	207	9	435	181
Ricercatore	III	486	4			4	269	-208
Dirigente Tecnologo	I	14	3			1	16	2
Primo Tecnologo	II	17			17	1	30	14
Tecnologo	III	107	5			1	96	-13
	IV	129				29	226	97
CTER	V	125					152	27
	VI	223	36			2	110	-119
	VI	24				6	46	22
OPTER	VII	31					47	18
	VIII	68					21	-47
Dirigente Centrale	I	2					2	0
Dirigente	II	8	1	1**		1	8	0
Funzionario	IV	30		2*		5	34	4
Funzionario	V	31	10			2	30	-1
	V	47				2	72	25
CAER	VI	27					22	-5
	VII	23					1	-22
Totale		1737	65	7	241	76	1728	-9

* ex art. 30 DL.vo 165/2001 ** interpello

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

PERSONALE ISS A TEMPO DETERMINATO al 31/12/2024		
Profilo	Livello	Unità
Dirigente di ricerca (Direttori di Dipartimento e Centro)	I	4
Dirigente tecnologo	I	1
Primo ricercatore	II	1
Primo tecnologo	II	2
Ricercatore	III	111
Tecnologo	III	30
CTER	IV	32
CAER	VII	4
OPTER	VIII	1
Funzionario	V	3
Dirigente Generale (ISS, CNS, CNT)		3
Dirigente ex art.15 septies* (Unità reclutate da CNT e CNS)		8
Totale		200**

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

** di cui: 124 unità gravanti su Progetto, 39 unità gravanti su fondi PNRR e 21 unità gravanti su fondi di cui all'art. 11 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, coordinato con la legge di conversione 24 aprile 2020, n. 27, recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

AGGIORNAMENTO DEL PIANO ASSUNZIONALE 2025

Capacità assunzionale

L'aggiornamento del piano del fabbisogno del personale per l'anno 2025 si svilupperà in coerenza con quanto declinato nel precedente piano di riferimento 2023-2025, fatte salve, ovviamente, future previsioni normative che saranno adottate in fase di rinnovo contrattuale del comparto di riferimento, come anche tenuto conto di eventuali interventi legislativi volti al finanziamento dei contratti e delle progressioni professionali in favore degli Enti pubblici di ricerca vigilati dal Ministero della Salute, in coerenza con quanto già operato per gli Enti vigilati dal Ministero Università e Ricerca.

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

L'aggiornamento del piano del fabbisogno del personale per l'anno 2025 tiene, altresì, conto del limite finanziario che determina la capacità assunzionale – ai sensi del citato art. 9, co. 2, del DL.vo 218/2016 – definita dai dati del rendiconto generale.

In tabella si individua la capacità assunzionale dell'ente.

CAPACITÀ ASSUNZIONALE (RENDICONTO GENERALE 2024 PROVVISORIO - entrata al netto del PNC)			
ENTRATE CORRENTI			
ESERCIZIO	IMPORTO ACCERTATO		
2022	221.340.985,28		
2023	239.492.449,52		
2024	219.735.225,99		
TOTALE	680.568.660,79		
MEDIA TRIENNIO	226.856.220,26		
Spesa personale anno 2024	142.717.699,08		
=	<u>SPESE PERSONALE ANNO 2024</u>	142.717.699,08	62,91%
	<u>MEDIA ENTRATE TRIENNIO 2022-2024</u>	226.856.220,26	
	Capacità di assunzione		17,09%

Parametro qualitativo

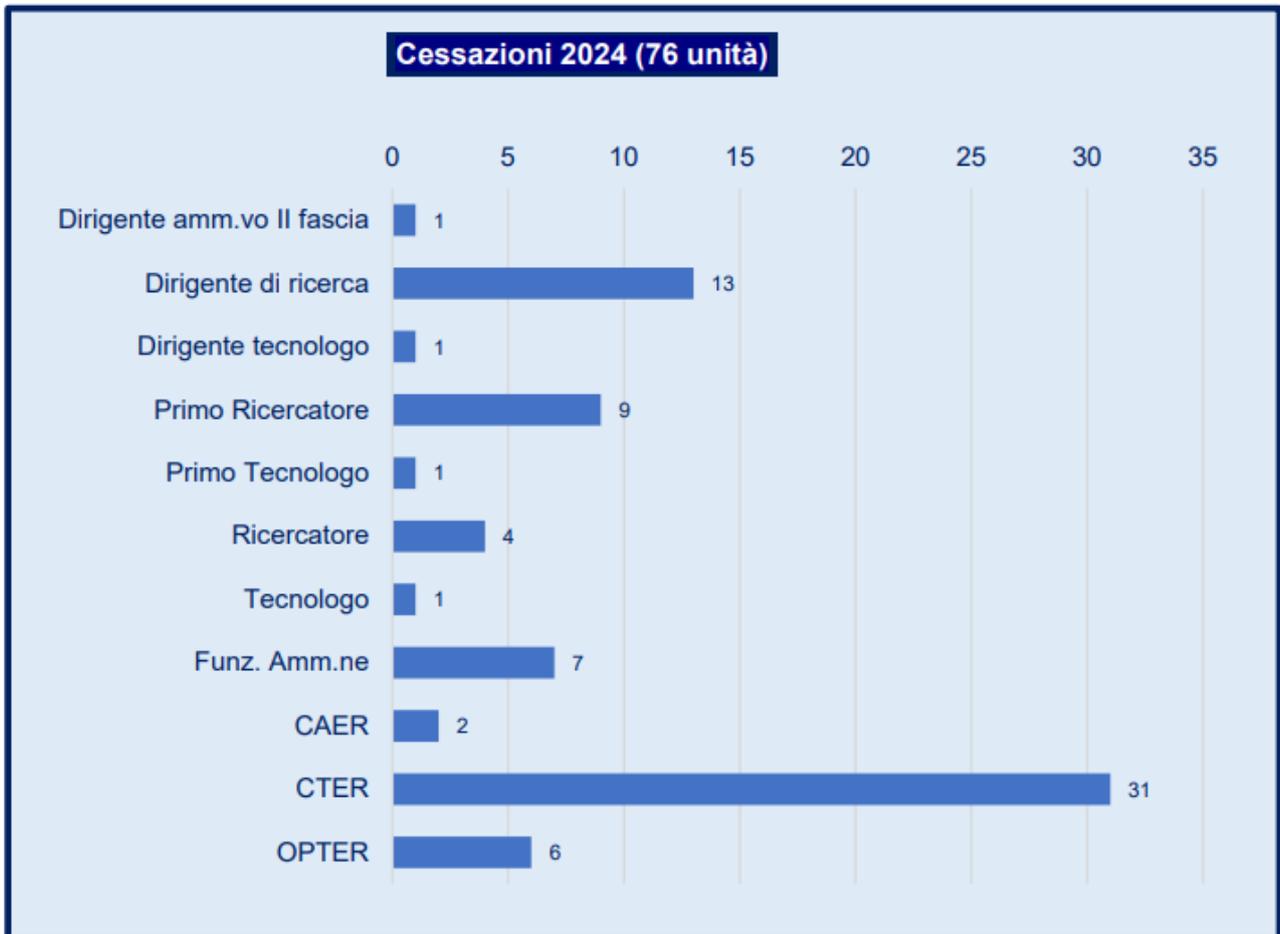
Per l'anno di riferimento, la politica dell'ente in materia di risorse umane intende continuare a prevedere:

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

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

Parametro quantitativo

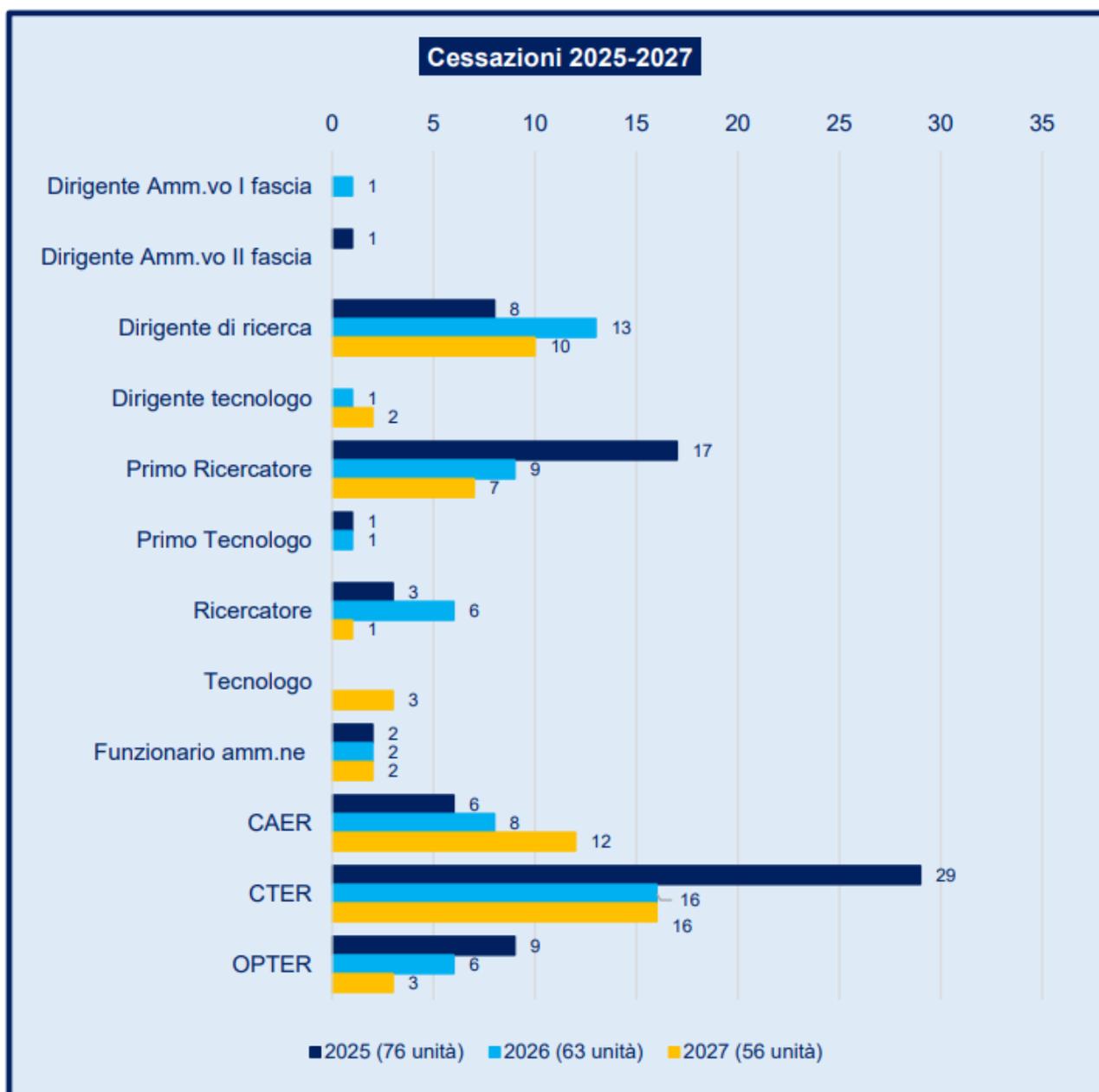
Per quanto attiene al parametro quantitativo, si è tenuto conto della riduzione complessiva e progressiva del personale in servizio, di cui si fornisce una rappresentazione per il 2024.



Andamento delle cessazioni del personale ISS

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

Proprio per questo, lo scopo del piano di cui al presente documento è quello di assicurare continuità nelle competenze e professionalità necessarie a garantire le missioni presenti e future, previa verifica del limite finanziario di cui al succitato DDL, art. 110, co. 5.



Piano del fabbisogno del personale 2025-2027

Tramite la programmazione dei fabbisogni di personale per il triennio 2025-2027, configurata quale evoluzione naturale dei piani triennali precedenti, viene affidata alla capacità e alla responsabilità di ogni singola amministrazione l'individuazione concreta e dinamica delle professionalità occorrenti al raggiungimento dei propri fini istituzionali, con il limite del rispetto dei vincoli di spesa e di finanza pubblica.

A tale proposito, si specifica che, come già rappresentato in premessa, nell'individuazione dei posti disponibili, si è tenuto conto dell'attuale formulazione del suindicato art. 110 comma 5 del Disegno

di legge di bilancio 2025, che ha sostituito il comma 2 dell'art. 9 del D. Lgs. 218/2016 e della capacità assunzionale posta in capo all'ente per l'anno 2025, quantificata - come sopra evidenziato - in € 4.329.563,37.

Strumenti attuativi

A seguito dell'analisi complessiva delle risorse umane a disposizione dell'ente e dell'individuazione delle figure professionali necessarie allo svolgimento e al potenziamento delle attività demandate allo stesso, si fornisce quindi la seguente rappresentazione del piano assunzionale 2025 – 2027:

Risorse umane e Piano assunzionale 2025				
Profilo	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2024	Piano assunzionale		
		2025	2026*	2027*
Dirigente I fascia	2			1
Dirigente II fascia	8	1	1	
Dirigente di Ricerca	111	8	8	13
Primo Ricercatore	435	20	17	9
Ricercatore	269	15	3	6
Dirigente Tecnologo	16	3		1
Primo Tecnologo	30	3	1	1
Tecnologo	96	8		
Funzionario	64	10	2	2
CAER	95			
CTER	488	30	35	24
OPTER	114		9	6
TOTALE	1728	98	76	63

* La programmazione per gli anni 2026 e 2027 è elaborata sulla base delle cessazioni conosciute "a legislazione vigente". (art. 1 comma 826 della legge 30 dicembre 2024, n.207).

In questa sede, è utile evidenziare che l'art.1, comma 165 della Legge 30 dicembre 2024, n. 207 recante il bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e il bilancio pluriennale per l'anno 2025 – 2027, consente alle pubbliche amministrazioni la possibilità di richiedere il trattenimento in servizio del personale dipendente (nel limite del 10% delle facoltà assunzionali autorizzate e previa disponibilità degli interessati, che non devono aver compiuto più di 70 anni) di cui si ritenga necessario continuare ad avvalersi, sulla base delle esigenze organizzative e del merito. Con l'esercizio di tale facoltà, l'ente potrà anche predisporre attività di tutoraggio e di affiancamento ai neoassunti e per esigenze funzionali non diversamente assolvibili.

Procedure di reclutamento e istituti contrattuali

Le procedure di reclutamento per il triennio 2025 – 2027 saranno attivate con le seguenti modalità:

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

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

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

Piano assunzionale 2025		
Profilo	Personale in servizio a tempo indeterminato al 31/12/2024	Piano assunzionale 2025
Dirigente I fascia	2	
Dirigente II fascia	8	1
Dirigente di ricerca	111	8
Primo ricercatore	435	20
Ricercatore	269	15
Dirigente tecnologo	16	3
Primo tecnologo	30	3
Tecnologo	96	8
Funzionario	64	10
CAER	95	
CTER	488	30
OPTER	114	
Totale	1728	98

L'Istituto intende attuare il Piano Assunzionale 2025, utilizzando, come detto, tutti gli istituti contrattuali a disposizione, ivi compresa l'attivazione delle procedure selettive interne (si evidenzia che il costo di una posizione a concorso è pari a quello di 5 progressioni *ex art. 15 CCNL 7/04/2006*), come di seguito rappresentato:

Programmazione attuazione Piano Assunzionale 2025

profilo professionale	PA 2025	istituti da utilizzare			
		pubblico concorso	posti da bandire art. 15 ***	tenure track	legge Madia*
Dirigente I fascia					
Dirigente II fascia	1	1			
Dirigente di Ricerca	8	2	6 = 30		
Dirigente Tecnologo	3	1	2 = 10		
Primo Ricercatore	20		20 = 100		
Primo Tecnologo	3	1	2 = 10		
Ricercatore**	15	5		10	10
Tecnologo	8	2		6	
Funzionario	10	10			
CTER	30	20		10	
CAER					
OPTER					
TOTALE	98	42	30 = 150	26	10

* utilizzo residuo quote 2024

** quota residua del 2024, inizialmente indicata in 13 unità, è ora aggiornata al netto di 4 idonei chiamati dalla graduatoria del c.d. tenure track del 2024 e di 2 posti banditi nel 2024

*** il costo di una posizione a concorso è pari al costo di 5 progressioni economiche

Di seguito si dà rappresentazione dei costi delle procedure del Piano assunzionale per l'anno 2025.

Costi delle procedure del Piano assunzionale 2025			
Profilo	Personale in servizio a tempo indeterminato	Piano assunzionale	Costi
	al 31/12/2024	2025	in €
Dirigente I fascia	2		
Dirigente II fascia	8	1	104.074,00
Dirigente di ricerca	111	8	659.767,50
Primo ricercatore	435	20	1.290.624,35
Ricercatore	269	15	772.511,57
Dirigente tecnologo	16	3	247.412,81
Primo tecnologo	30	3	193.593,65
Tecnologo	96	8	412.006,17
Funzionario	64	10	574.822,10
CAER	95		
CTER	488	30	1.576.033,27
OPTER	114		
Totale	1728	98	5.830.845,43

Costi unitari per profilo del Piano assunzionale 2025	
Profilo	Costi in €
Dirigente di ricerca	82.470,94
Primo ricercatore	64.531,22
Ricercatore	51.500,77
Dirigente tecnologo	82.470,94
Primo tecnologo	64.531,22
Tecnologo	51.500,77
CTER	52.534,44
Funzionario	57.482,21

RISORSE FINANZIARIE

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

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

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

** in attesa legge di stabilità

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

Quanto precede consentirà all'ente di proseguire le azioni innovative già individuate nel precedente PTA 2023-2025, potenziandone anche l'ambito di azione.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

In applicazione di quanto previsto dall'art. 6, comma 2, lett. b), D.L. n. 80/2021, convertito dalla legge n. 113/2021, la pubblica amministrazione stabilisce, nell'ambito del PIAO, "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.

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

Nel corso del 2024, il competente Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione ha provveduto alla ricognizione dei fabbisogni formativi di tutte le strutture dell'Istituto in stretta correlazione con le rispettive attribuzioni.

Con riguardo all'area amministrativa, è stata tenuta in debita considerazione la nuova articolazione prevista dal Regolamento di organizzazione e funzionamento come modificato da ultimo con disposizione commissariale n.5 del 19 ottobre 2023.

Tali fabbisogni potevano riguardare sia competenze c.d. trasversali, sia quelle riferite a obiettivi "specifici", per le materie di interesse dell'Istituto.

Al fine di agevolare i dirigenti interessati nel riscontro, sono stati indicati, a titolo meramente esemplificativo, alcuni enti o canali di formazione ai quali poter fare riferimento, con precipuo riguardo alla Scuola Nazionale dell'Amministrazione e alla piattaforma Syllabus. È stato suggerito, altresì, di ricorrere a enti di formazione di provata esperienza e competenza nello specifico ambito.

I fabbisogni espressi da ciascun Ufficio sono stati sottoposti all'autorizzazione dei Direttori centrali di riferimento, sia in termini di afferenza rispetto ai compiti istituzionali, sia per quanto concerne la coerenza della previsione di spesa agli stanziamenti delle pertinenti voci della formazione inserite nel bilancio 2024.

Preme evidenziare che la necessità di taluni interventi formativi è stata rilevata da RPCT con riguardo al personale degli Uffici stimati a maggior rischio di corruzione. In risposta a tale sollecitazione, il dirigente di riferimento ha indicato un proprio collaboratore da coinvolgere nella formazione. Per

maggiori dettagli in proposito, si rinvia alla precedente sezione 2.3 Sottosezione di programmazione prevenzione della corruzione e trasparenza.

All'esito di tale processo, l'Ufficio ha raccolto i fabbisogni autorizzati in un unico elenco, contenente tutti i corsi in programma per l'anno 2024, riportando per ciascuno: competenze attese; area tematica; titolo; modalità (se in aula, *e-learning*, modalità mista); durata in ore; numero, profilo e nominativo dei partecipanti, costo presunto per unità.

È apparso opportuno tracciare anche le attività fruite a titolo gratuito con particolare riferimento a quelli rese disponibili tramite piattaforma Syllabus o attivate dall'Area risorse strumentali e tecnologie informatiche dell'Istituto, al fine di delineare un quadro più esaustivo e poter realizzare un monitoraggio più dettagliato.

In merito alla piattaforma Syllabus si evidenzia che tutto il personale dell'Ente è stato, già negli scorsi anni, registrato sul portale in parola e quindi messo in condizione di fruire dei percorsi formativi che fanno parte dell'offerta implementata dalla Funzione Pubblica. L'accesso all'offerta formativa ivi presente viene inoltre immediatamente garantito al personale neoassunto, che, grazie a un raccordo costante e rapido tra l'Ufficio Reclutamento e il Responsabile per la transizione al digitale, è registrato in piattaforma all'atto dell'assunzione.

Ciascun dirigente interessato è stato informato dei corsi effettivamente autorizzati per il personale del proprio Ufficio.

Il piano di formazione è stato costantemente aggiornato per tener conto dei corsi effettivamente erogati, di eventuali spostamenti di date per cause dipendenti dagli enti di formazione, dei costi per partecipante e di quelli complessivamente sostenuti.

Parallelamente, l'Ufficio ha provveduto a una ricognizione dei fabbisogni formativi anche relativamente all'area tecnico – scientifica. A tal proposito, ha interpellato i Direttori/referenti delle strutture scientifiche, al fine di tracciare le attività formative da ciascuno avviate e/o programmate per l'anno 2024 in favore del personale inquadrato sia nei profili tecnici e amministrativi, che in quelli dei ricercatori e dei tecnologi. Le attività formative in parola sono da intendersi comprensive, come per l'area amministrativa, sia dei corsi tecnici, correlati alle specifiche professionalità, che di formazione trasversale. I risultati di tale ricognizione sono stati integrati nel Piano di formazione 2024.

Le proposte di formazione per il triennio 2025-2027 saranno progettate attraverso un'analisi delle necessità formative qualitative e quantitative, nell'intento di coniugare gli oneri di adempimento ed

aggiornamento normativi alle esigenze di sviluppo delle competenze del personale, intese come “l’insieme delle conoscenze, delle capacità tecniche e delle capacità comportamentali”².

A tal fine, l’Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione ha sollecitato l’analisi dei fabbisogni formativi per l’anno 2025, diversificandone le modalità per area amministrativa e per area tecnico – scientifica.

Per l’area amministrativa, tutti i fabbisogni espressi saranno sottoposti all’approvazione dei Direttori centrali, che, come per il 2024, ne valuteranno la coerenza rispetto alle competenze di ciascuno e agli stanziamenti economici.

Relativamente alle strutture di parte scientifica, di converso, l’autorizzazione degli Uffici amministrativi riguarderà esclusivamente la compatibilità con i pertinenti stanziamenti in bilancio, in considerazione del fatto che ogni valutazione di opportunità circa la fruizione delle varie attività formative è in capo ai singoli Direttori di Centro / Dipartimento / Servizio tecnico-scientifico richiedenti. Al fine di consentire una migliore programmazione delle attività, ciascuna struttura potrà avere un *budget* orientativo di riferimento nell’ambito di quello previsto per la formazione dell’Ente nel bilancio di previsione per il 2025. Sarà in ogni caso necessario acquisire preventivo nulla osta all’iscrizione a tali corsi, da parte del Direttore della Direzione Centrale Affari Generali e dell’Ufficio Reclutamento, al duplice fine di rendere possibile l’eleggibilità della sul capitolo di Bilancio dedicato e di monitorare costantemente lo svolgimento dei corsi da parte del personale afferente alle strutture scientifiche. Questa procedura di autorizzazione sarà seguita per i corsi non inseriti fin da subito nel Piano di formazione, la cui esigenza dovesse sopraggiungere in corso d’anno.

All’esito dell’analisi dei fabbisogni e delle relative autorizzazioni del caso per come sopra esplicitate, sarà costruito il Piano di formazione per l’anno 2025. Per l’attuazione di detto Piano, l’Istituto potrà individuare al proprio interno, laddove possibile, professionalità in possesso delle competenze e delle conoscenze idonee per l’erogazione di specifici percorsi formativi.

La recentissima Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione, del 14 gennaio 2025 pone in evidenza, tra le altre cose, “l’impegno di amministrazioni e dipendenti pubblici a fare propria la “dimensione “valoriale” della formazione, aumentando ovvero migliorando la consapevolezza del fatto che le iniziative di sviluppo delle conoscenze e delle competenze devono produrre valore per tre

² Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 27 luglio 2022 “Linee di indirizzo per l’individuazione dei nuovi fabbisogni professionali da parte delle amministrazioni pubbliche”, pag. 9.

insiemi di soggetti: le persone che lavorano nelle amministrazioni quali beneficiari diretti delle iniziative formative, innanzi tutto; le amministrazioni stesse; i cittadini e le imprese quali destinatari dei servizi erogati dalle amministrazioni”³, intendendo cioè la formazione quale “una delle determinanti della creazione di valore pubblico”⁴.

Già con la direttiva del 2023⁵, il Ministro per la Pubblica amministrazione sanciva che “per i dipendenti, la formazione e la riqualificazione costituiscono un "diritto soggettivo" e, al tempo stesso, un dovere. Le attività di apprendimento e formazione, in particolare, devono essere considerate ad ogni effetto come attività lavorative” e che “per le amministrazioni, la formazione e la riqualificazione del proprio personale devono costituire un investimento organizzativo necessario e una variabile strategica non assimilabile a mera voce di costo nell'ambito delle politiche relative al lavoro pubblico”. Con la nuova direttiva, il Ministro ribadisce e rinforza tali concetti, a cominciare dal nuovo monte ore annuo minimo di formazione che, a partire dal 2025, dovrà essere garantito a ciascun pubblico dipendente, che passa da 24 a 40 ore.

È intenzione dell’Istituto consentire il raggiungimento di tale obiettivo, ricomprendendo in tale computo le ore fruite nei diversi ambiti della formazione: obbligatoria, generale e specialistica.

Come previsto dal Disciplinare in materia di formazione per il personale dipendente, approvato con Decreto del Presidente n. 28/2020 del 28 gennaio 2020, le iniziative di formazione si distinguono in formazione obbligatoria, formazione generale e formazione specifica.

FORMAZIONE OBBLIGATORIA

Nell’ambito della formazione obbligatoria, saranno ricomprese le attività formative per le quali esiste un obbligo normativo e che l’Amministrazione rivolgerà a tutto il personale, con particolare riguardo alla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro e alla protezione dei dati personali.

In merito alla prima: il Servizio prevenzione e protezione dei lavoratori tratterà le necessità formative in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, sia generali che specifiche, provvedendo altresì ad organizzare corsi di formazione anche in tema di primo soccorso, antincendio e utilizzo dei defibrillatori, mediante l’utilizzo sia di formatori interni all’ente, che, ove necessario, esterni. Dell’organizzazione di tali attività il Servizio prevenzione e protezione dei lavoratori terrà

³ Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 14 gennaio 2025 “Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”, pag. 2.

⁴ Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 14 gennaio 2025 “Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”, pag. 5.

⁵ Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione 23 marzo 2023 “Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, *infra*.

costantemente informato l'Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione anche al fine della rendicontazione di tali attività formative.

Per quanto concerne il tema della protezione dei dati personali, è intenzione dell'Istituto realizzare nel corso del triennio di riferimento del presente PIAO, sia una formazione capillare del personale tutto, volta a rafforzare la cultura della sicurezza delle informazioni e a sensibilizzare il personale medesimo sulla necessità di adottare comportamenti "virtuosi" anche in relazione al lavoro svolto da remoto, che corsi diretti ai Referenti della Sicurezza Informatica e ai Direttori di struttura.

Su indicazione del Responsabile per la protezione dei dati (c.d. *Data Protection Officer* o DPO) e della struttura di supporto, saranno pertanto enucleati gli argomenti da affrontare, la durata delle attività formative e le priorità tra i soggetti da formare. Sulla base degli elementi così raccolti, in raccordo con le predette strutture, sarà individuato l'ente formatore. Complementare a tale formazione sarà la fruizione del percorso formativo Syllabus – in ambito transizione digitale-competenze digitali – area di competenza Sicurezza.

A ciò andrà aggiunto quanto già indicato nelle precedenti sezioni del presente Piano in tema di etica e legalità in base a quanto previsto dalla L. n. 190/2012 e di pari opportunità e cultura del rispetto della persona e prevenzione delle molestie sessuali nel luogo di lavoro.

FORMAZIONE GENERALE

Per quel che concerne la formazione generale, l'Ente, al fine di incrementare le competenze trasversali e comuni a tutto il personale, continuerà ad avvalersi dei percorsi formativi disponibili su Syllabus, volti a sviluppare competenze di *leadership* e *soft skill*, competenze per la transizione amministrativa; competenze per la transizione al digitale; competenze per la transizione ecologica; competenze relative a principi e valori in materia di etica, inclusione, parità di genere e contrasto alla violenza.

Relativamente agli aspetti di transizione al digitale e di sicurezza informatica, d'accordo con il Responsabile per la transizione al digitale, sarà ribadita a tutto il personale la necessità di avvalersi dei percorsi formativi in materia presenti sulla piattaforma Syllabus del Dipartimento della Funzione pubblica, in special modo sui temi di sicurezza cibernetica e di competenze digitali per la PA. L'Istituto si propone, inoltre, di organizzare corsi di formazione adeguati rispetto alle competenze informatiche, sempre più indispensabili in considerazione delle missioni istituzionali, con l'ausilio dell'Area risorse strumentali e tecnologie informatiche e, eventualmente, con il ricorso a enti esterni. Sarà dato prioritario risalto agli applicativi Microsoft. Con le medesime finalità, saranno, altresì, organizzati corsi di lingua inglese, di base e tecnico.

Al fine di garantire maggiore efficacia ai percorsi di formazione in tema di informatica e di lingua, saranno organizzate classi di partecipanti in ragione del livello di partenza, riscontrabile da una prova iniziale di accertamento delle conoscenze.

FORMAZIONE SPECIFICA

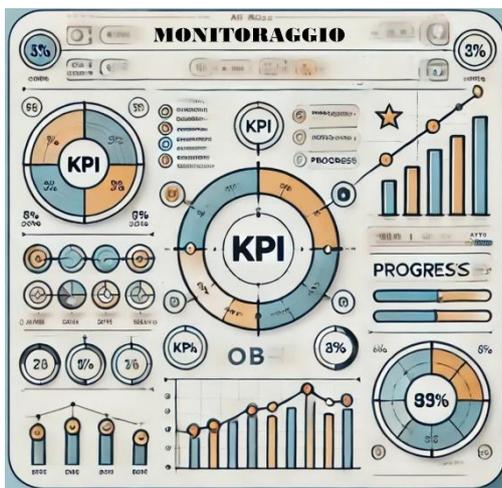
Per quanto concerne la formazione specifica ad iniziativa individuale, l'Istituto si rivolgerà alla Scuola Nazionale dell'Amministrazione e agli enti esterni di formazione competenti per la singola area tematica di interesse, nella prospettiva dell'accrescimento professionale individuale del personale (già altamente professionalizzato). Le attività formative la cui esigenza dovesse emergere in corso di anno e che, quindi, non risulteranno da subito inserite nell'analisi dei fabbisogni, potranno essere richieste dal responsabile di riferimento dal personale interessato e, previa autorizzazione, acquistate "a catalogo".

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

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio degli obiettivi di performance rappresenta uno strumento essenziale per garantire un feedback continuo sull'andamento delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi strategici e alla creazione di valore pubblico.



Tale attività consente di valutare il contributo specifico di ogni struttura organizzativa nel perseguimento degli obiettivi di performance e di valore pubblico prefissati, offrendo una visione complessiva e dettagliata dell'efficacia dell'azione istituzionale.

Durante l'anno, il monitoraggio periodico permette di individuare tempestivamente eventuali criticità, supportando l'implementazione di azioni correttive per prevenire scostamenti significativi, sia qualitativi che quantitativi, rispetto ai risultati pianificati.

Il monitoraggio degli obiettivi di performance si basa su un processo strutturato che coinvolge direttamente le strutture organizzative. A partire dal primo trimestre dell'anno, le strutture di I livello inseriscono i propri obiettivi nell'applicativo informatico di gestione della performance, collegandoli agli obiettivi strategici dell'ente. Le strutture di II livello (reparti e uffici amministrativi), a loro volta, definiscono il proprio contributo agli obiettivi delle strutture di appartenenza di I livello (dipartimenti, centri nazionali, centri di riferimento, organismo notificato, servizi tecnico-scientifici, direzioni centrali e servizi della presidenza). Tale processo di collegamento tra gli obiettivi di ente e gli obiettivi delle singole strutture dell'organizzazione avviene grazie all'utilizzo dell'applicativo informatico di performance dell'istituto.

In Istituto, il monitoraggio degli obiettivi viene sviluppato operativamente attraverso un approccio sistematico e strutturato che garantisce una valutazione accurata e tempestiva del loro stato di avanzamento. Sin dal primo trimestre dell'anno, si procede all'analisi di ogni singolo obiettivo attraverso una raccolta preliminare dei dati necessari, effettuata tramite l'interrogazione di database interni specifici e, ove disponibili, a documenti ufficiali prodotti. I dati raccolti vengono organizzati

e verificati per garantirne la coerenza e l'integrità, rappresentando così una base solida per le analisi successive.

Successivamente, si procede al calcolo degli indicatori associati a ciascun obiettivo, un passaggio cruciale per valutare il livello di raggiungimento dei target prefissati. Gli indicatori vengono analizzati secondo metodologie definite durante la fase di programmazione, assicurando che i risultati siano misurabili, comparabili e rispondenti alle finalità strategiche dell'Istituto. Questa analisi consente di ottenere una fotografia chiara e aggiornata dello stato di avanzamento degli obiettivi.

Nel caso in cui i dati raccolti evidenzino scostamenti significativi rispetto ai target previsti, vengono attivate collaborazioni mirate con le strutture responsabili. Attraverso incontri specifici, si analizzano le possibili cause delle criticità, che possono essere di natura organizzativa, procedurale o derivare da fattori esterni. Durante questi confronti, le strutture coinvolte forniscono ulteriori dettagli e, ove necessario, integrano i dati mancanti. Questo processo collaborativo consente di approfondire eventuali problematiche, migliorando la comprensione complessiva della situazione.

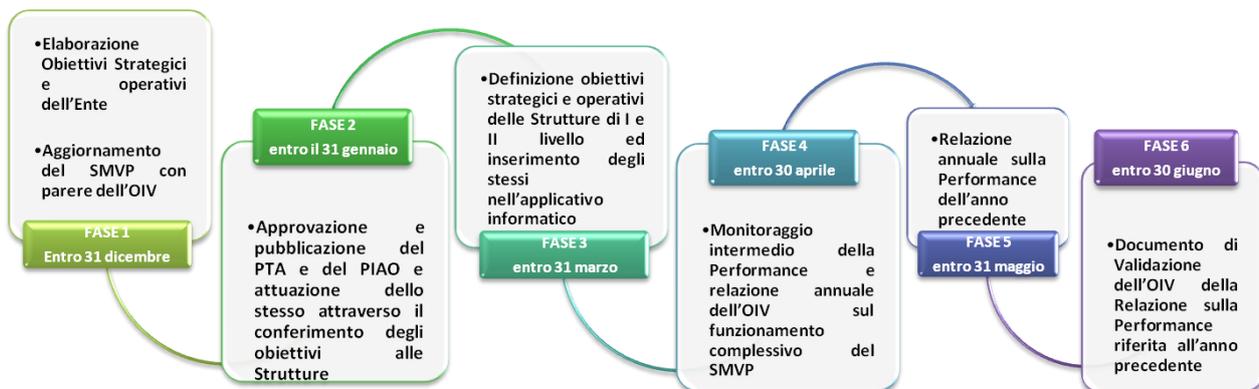
Una volta completata questa fase di approfondimento, i risultati preliminari del monitoraggio vengono validati attraverso un confronto diretto con gli obiettivi strategici e operativi stabiliti all'inizio dell'anno. La validazione prevede una verifica della correttezza dei dati utilizzati e un'analisi della coerenza tra i risultati ottenuti e gli indicatori di riferimento.

Nel caso in cui vengano rilevate criticità significative, si procede con l'attuazione di azioni correttive mirate. Queste azioni possono comprendere la revisione delle modalità operative, il riallineamento delle risorse o l'aggiornamento delle tempistiche per il raggiungimento degli obiettivi. Questo approccio garantisce un alto livello di efficienza, permettendo di perseguire con successo la missione dell'Istituto.

I risultati del monitoraggio intermedio vengono sintetizzati in un report sottoposto all'attenzione della dirigenza e presentato all'OIV entro il 30 aprile.

Gli obiettivi inseriti nella piattaforma informatica verranno poi rendicontati dalle singole strutture nella fase di rendicontazione degli obiettivi di performance dell'ente che avviene entro il 31 maggio, al fine di conseguire la validazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla Performance entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

Di seguito si riporta una rappresentazione grafica delle tempistiche delle attività di monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi di performance:



La fase di monitoraggio intermedio (fase 4) assume particolare importanza, poiché consente di intercettare criticità in modo tempestivo e di intervenire prima che gli scostamenti diventino significativi. L'analisi degli scostamenti tra risultati raggiunti e pianificati permette di valutare il livello di raggiungimento degli obiettivi strategici, utilizzando indicatori definiti durante la fase di programmazione. La percentuale di raggiungimento complessiva degli obiettivi strategici annuali di ente sarà rappresentata dalla somma del numero di "obiettivi raggiunti", in rapporto al totale degli obiettivi strategici stabiliti.

Per rendere il monitoraggio ancora più efficace e tempestivo, l'Istituto ritiene fondamentale lo sviluppo di sistemi informativi integrati e automatizzati. L'uso di sistemi informativi integrati e automatizzati consentirebbe un monitoraggio della performance in tempo reale, consentendo di rilevare in ogni momento sia l'andamento a livello di ente che delle singole strutture dell'organizzazione. Tale strumento sarebbe di estrema utilità per poter individuare tempestivamente eventuali criticità, sia a livello di Performance che di Anticorruzione, rappresentandole attraverso la generazione di report di sintesi attraverso i quali la dirigenza può decidere se è opportuno o meno modificare le proprie scelte in funzione dell'andamento e delle criticità rilevate.

In relazione all'importanza sopra esposta di poter usufruire dei benefici generati dall'utilizzo di un sistema informatico integrato, l'ente intende proseguire nello sviluppo di un'integrazione tra gli applicativi interni che consentano il monitoraggio del raggiungimento sia degli obiettivi di performance che di quelli di anticorruzione. In questo contesto, l'ente intende proseguire nello sviluppo e nell'integrazione degli applicativi interni, con l'obiettivo di ottimizzare il processo di monitoraggio garantendo trasparenza, efficienza e responsabilità nell'azione istituzionale.

4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

MONITORAGGIO DELLE MISURE GENERALI

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

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

MONITORAGGIO DELLE MISURE SPECIFICHE

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

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

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

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

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

Nel mese di novembre 2024, le Strutture dell'ISS sono state invitate a svolgere il monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure di contenimento individuate.

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

Le risultanze di tale monitoraggio sono incluse nell'ALLEGATO 1 al PIAO 2025-27.

Successivamente, il RPCT ha effettuato il monitoraggio di secondo livello, adottando il metodo del c.d. “campionamento ragionato” (all. 1 al PNA 2019).

Per ogni Struttura, è stata analizzata una fase di processo nella quale era prevista la misura di contenimento della “*dichiarazione firmata di assenza del conflitto di interessi*”.

Per questa fase specifica, è stata richiesta documentazione a supporto, attestante l’effettiva applicazione della misura.

SEZIONE 5. AZIONI POSITIVE

PREMESSA

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con Decreto del Direttore Generale n.14/2024 del 07/03/2024, ha provveduto al rinnovo del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG). Con tale Decreto, in seguito alla conclusione del precedente mandato, il Direttore Generale ha designato i nuovi Componenti e la Presidente del CUG per il periodo 2024-2027, ai sensi di quanto previsto dall'art. 57 del DL.vo 65/2001, come modificato dall'art. 21 della Legge 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 maggio 2024.

La Direttiva 23 maggio 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri conferma l'obbligo di pianificare iniziative per promuovere le pari opportunità di e nel lavoro e per assicurare la rimozione degli ostacoli che ne impediscono la piena realizzazione, anche nell'ottica dell'ottimizzazione della produttività del lavoro e del miglioramento dell'efficienza delle prestazioni lavorative. La 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 1, del DL.vo 165/2001) all'interno della sua funzione propositiva deve predisporre un Piano Triennale di Azioni Positive (PTAP). Il PTAP è un documento di programmazione in cui il CUG propone all'Amministrazione gli interventi da adottare nel triennio negli ambiti di propria competenza (benessere dei lavoratori, sicurezza, pari opportunità e lotta a ogni forma di discriminazione e violenza) 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.

Il PTAP è stato introdotto nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO) dal D.L. 80/2021 e successivamente dal D.M. 30 giugno 2022 n. 132, "*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di attività e organizzazione*", che ha fornito le indicazioni operative per la redazione del PIAO nelle pubbliche amministrazioni,

gli strumenti e gli obiettivi da perseguire attraverso le azioni positive.

Nell'ambito di questi principi guida, ogni Amministrazione può scegliere gli obiettivi e le azioni aderenti alla propria realtà. I principi guida, a cui si ispira anche il presente PTAP, sono:

1. Prevenzione e rimozione delle discriminazioni
2. Politiche di reclutamento e gestione del personale
3. Organizzazione del lavoro
4. Formazione e diffusione del modello culturale
5. Rafforzamento dei Comitati unici di garanzia.

PROPOSTE

Per rispondere ai suddetti principi guida, per il triennio a venire il CUG propone cinque "Aree di intervento":

1. Supporto alla dirigenza ISS nell'attuazione delle azioni;
2. Politiche di reclutamento e gestione del personale;
3. Benessere organizzativo e politiche di inclusione a garanzia e tutela delle diversità;
4. Comunicazione e informazione;
5. Prevenzione e superamento della violenza di genere.

Le aree sono state reimpostate rispetto alla versione precedente per adeguarle alla *Strategia Nazionale per la parità di genere 2021-2026* della Presidenza del Consiglio dei Ministri che si inserisce tra gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per recepire le raccomandazioni delle *Linee Guida sulla "Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni"* del Dipartimento Funzione Pubblica e Dipartimento Pari Opportunità, 2022, il *Toolkit for Mainstreaming and Implementing Gender Equality 2023*, la *Circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione* del 13 novembre 2023 e il DL.vo 13 dicembre 2023, n. 222 *Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità*.

Per ogni Area di intervento sono proposti degli obiettivi con relative azioni. Alcune azioni già proposte e intraprese nei PTAP dei trienni precedenti sono state mantenute, ma inserite nelle citate nuove aree di intervento. Alcune delle azioni sono ora inserite nel Piano delle Performance dell'Ente. Quando possibile le proposte di azioni si basano su analisi dei dati e attività di monitoraggio per individuare le eventuali discriminazioni dirette e indirette da rimuovere con azioni positive.

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

l'amministrazione.

Area di intervento 1. Supporto alla dirigenza ISS nell'attuazione delle azioni

Obiettivo generale dell'area di intervento: Garantire l'efficacia delle azioni creando strumenti di monitoraggio, di verifica e implementazione delle stesse nell'ottica della promozione della parità e contrasto alle discriminazioni.

La dirigenza ISS può garantire il cambiamento culturale operando in sinergia con gli organismi interni (CUG-ISS, Consigliera di Fiducia, Gruppi di lavoro sul benessere). L'area d'intervento si articola in n. 5 obiettivi e relative azioni.

Obiettivo 1.1. Garantire il ruolo consultivo del CUG nei momenti strategici e decisionali di definizione delle politiche per il personale

Il CUG ha compiti consultivi e può formulare pareri su: progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza; piani di formazione del personale; orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione; criteri di valutazione del personale, contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze, secondo quanto previsto dalla Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Obiettivo 1.2. Acquisire dati disaggregati per genere per operare scelte informate e definire priorità

La raccolta, il monitoraggio e la diffusione sistematica di dati disaggregati per genere e statistiche affidabili e pertinenti sono essenziali per un efficace processo sensibile alle questioni di genere e per scelte informate. Molti dati sono obbligatoriamente raccolti e forniti nel PIAO e nella relazione annuale del CUG. L'azione proposta include sia la raccolta e l'analisi statistica di questi dati che la selezione e la raccolta di altri dati specifici del contesto dell'Iss.

Obiettivo 1.3. Individuare i soggetti referenti per l'attuazione del piano

Secondo le linee guida sulla parità di genere del Dipartimento Funzione Pubblica, gli obiettivi di uguaglianza di genere nel pubblico impiego possono essere realizzati solo se a tutti gli attori istituzionali rilevanti vengono assegnate responsabilità chiare e risorse adeguate ad attuare il cambiamento, distinguendo tra le figure apicali che sono responsabili delle decisioni in linea con l'indirizzo politico e i soggetti attuatori che sono incaricati della preparazione delle misure e del monitoraggio dei risultati. Questo approccio deve essere esteso a tutte le forme di discriminazione.

Obiettivo 1.4. Redigere il Bilancio di genere

Il Bilancio di genere è un potente strumento progettato per rivelare con chiarezza come le risorse di bilancio vengono allocate e quale impatto concreto hanno sulle vite di uomini e donne, promuovendo così un'effettiva equità di genere. Pur non essendoci una norma che direttamente impone alle pubbliche amministrazioni l'adozione del Bilancio di genere, il suo carattere obbligatorio può essere desunto da una serie di disposizioni normative, come indicato, per esempio anche dalle Linee guida per il Bilancio di Genere negli Atenei italiani a cura del Gruppo CRUI. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 giugno 2017 indicava la “*necessità di redigere i bilanci di genere*” e auspicava che diventassero “*pratica consolidata nelle attività di rendicontazione sociale delle amministrazioni*”. Inoltre, il Bilancio di genere è un contenuto obbligatorio della Relazione sulla Performance che le amministrazioni sono tenute a produrre obbligatoriamente. La sua redazione, dunque, diventa essa stessa obbligatoria.

Obiettivo 1.5. Promuovere l'autovalutazione come strumento per l'analisi di efficacia e adeguatezza delle politiche di pari opportunità

Le Linee Guida sulla parità di genere del Dipartimento Funzione Pubblica del 2022 raccomandano alle Amministrazioni di autovalutare se e in che misura le politiche messe in atto per le pari opportunità sono efficaci per il cambiamento nelle aree che necessitano di intervento. Questa autovalutazione può essere fatta attraverso il *toolkit* sviluppato dall' *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD).

Area di intervento 2. Politiche di reclutamento e gestione del personale

Obiettivo generale dell'area di intervento: Contrastare le discriminazioni e garantire la parità di trattamento nei processi di reclutamento, selezione e promozione.

La Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222 raccomandano, oltre il rispetto della normativa vigente in materia di composizione delle commissioni di concorso, anche di osservare il principio di pari opportunità nelle procedure di reclutamento, nei criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali e di monitorare e favorire iniziative per gli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, nelle posizioni gerarchiche ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi e nell'organizzazione degli uffici e per la gestione dei rapporti di lavoro. L'area d'intervento si articola in n. 2 obiettivi e relative azioni.

Obiettivo 2.1. Identificare e rimuovere le barriere sistemiche nelle procedure per il reclutamento e la promozione del personale

Le Linee Guida sulla parità di genere del Dipartimento Funzione Pubblica 2022 raccomandano di formare il personale addetto al reclutamento sulle barriere sistemiche o implicite il personale interne all'Amministrazione, in modo da offrire supporto alle commissioni e assicurare l'adeguato presidio delle procedure di reclutamento. Raccomandano inoltre di favorire commissioni esaminatrici attente ai temi dell'inclusione e alla parità di genere.

Obiettivo 2.2. Favorire la diffusione della cultura della leadership al femminile e promozione della parità nei ruoli apicali

La [SN 2021] promuove la parità di genere nei ruoli apicali come primo passo per un cambiamento culturale, pur riconoscendo che le azioni a favore della parità non devono alterare la competizione meritocratica. Sebbene l'ISS abbia una popolazione femminile con un fattore circa due volte più alto di quella maschile, tale dato, letto in termini percentuali, è invertito, facendo supporre una situazione di “*glass ceiling*” o “*sticky floor*” per la progressione nelle carriere dirigenziali per il personale femminile.

Area di intervento 3. Benessere organizzativo e politiche di inclusione a garanzia e tutela delle diversità.

Obiettivo generale dell'area di intervento: Attuare i principi di benessere organizzativo nei processi che coinvolgono le persone e l'ambiente dell'ISS

La terza Area di intervento riprende tra le funzioni del CUG quelle volte a promuovere, monitorare e garantire un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto di principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto a qualsiasi forma di violenza morale o psichica per il personale della pubblica amministrazione, secondo quanto disposto dalla Circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione, 23 novembre 2023. A questo si aggiungono la valorizzazione delle differenze e la cultura dell'inclusione, con attenzione alle persone con disabilità al fine della prevenzione e dell'eliminazione di comportamenti discriminatori, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222. L'area d'intervento si articola in quattro obiettivi e relative azioni.

Obiettivo 3.1. Promuovere la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro

L'obiettivo delle azioni proposte è quello di favorire l'implementazione delle modalità di lavoro agile e degli strumenti di flessibilità lavorativa a tutela di tutto il personale, tenuto conto delle fragilità sia di salute che sociali (carichi familiari gravosi, ecc.).

Obiettivo 3.2. Supporto alla genitorialità per tutti i genitori

L'obiettivo è quello di promuovere azioni che supportino la genitorialità attraverso una maggiore flessibilità lavorativa per i tutori e le tutrici di minori e agevolazioni economiche per la fruizione di asili nido e/o centri estivi in prossimità del luogo di lavoro, favorendo una raccolta dati annuale dettagliata e distinta in funzione delle situazioni di fragilità, dei carichi genitoriali e/o di cura (telelavoro, smart working, congedi parentali per madri e padri, congedi per situazioni di fragilità e per carico di cura).

Obiettivo 3.3. Favorire l'inclusione lavorativa e sociale all'interno dell'Organizzazione

Tale obiettivo attiene alla vita lavorativa e relazionale del personale all'interno dell'Organizzazione. Lo scopo è quello di garantire che il personale abbia strumenti e spazi adeguati a svolgere la propria attività lavorativa e promuovere l'attuazione di politiche per il reinserimento del personale dopo periodi di assenza dal lavoro.

Obiettivo 3.4. Promuovere nell'ambiente di lavoro una cultura del rispetto e dell'inclusione verso tutte le diversità

Il cambio di paradigma verso una cultura rispettosa, accogliente e inclusiva è inteso come fine per la prevenzione, la disincentivazione e l'eliminazione di comportamenti discriminatori di ogni tipo attraverso l'utilizzo dei mezzi previsti dalla normativa vigente, da applicare in forma migliorativa delle pratiche di gestione del personale all'interno dell'ISS.

Area di intervento 4. Formazione e diffusione del modello culturale

Obiettivo generale: Promuovere tra il personale la conoscenza della documentazione e della normativa sulle tematiche di competenza del CUG

L'Area 4 supporta e promuove la diffusione, al personale dell'ISS, delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi delle pari

opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti. L'area d'intervento si articola in n. 3 obiettivi e relative azioni.

Obiettivo 4.1. Sensibilizzare il personale su pari opportunità, cultura del rispetto, contrasto alla violenza di genere e inclusione, tramite iniziative dedicate e accesso ai documenti rilevanti

La Direttiva 2019 sottolinea l'importanza di percorsi formativi che coinvolgano tutto il personale, inclusi i dirigenti amministrativi e tecnico-scientifici, a partire dalle posizioni apicali, chiamati a guidare il cambiamento culturale. Bisogna evidenziare che ai corsi organizzati dall'Amministrazione e dal CUG si affiancano numerosi eventi e iniziative promossi dal personale di ricerca, in linea con la missione dell'ente su temi di salute e benessere. Inoltre, la sensibilizzazione passa anche attraverso la conoscenza dei documenti e dei dati prodotti dall'Iss. L'ISS negli anni si è dotato di numerosi documenti per la promozione della parità di genere (per esempio il codice di comportamento, l'uso del linguaggio inclusivo e rispettoso, il gender equality plan) e annualmente elabora dati in forma disaggregata per genere. Tuttavia, questi documenti e dati risultano poco accessibili al personale. Al riguardo, si propone di promuovere lo sviluppo di spazi, strumenti visivi e di ricerca per l'accesso ai dati, alle informazioni e documentazione utili al personale.

Obiettivo 4.2. Favorire la crescita di un senso di appartenenza all'Ente attraverso una migliore comunicazione tra agli organi/uffici consultivi/decisionali dell'Ente e il personale

Si suggerisce di curare la comunicazione interna per aumentare nel personale la percezione di un Ente più accessibile e attento alle necessità, rafforzando così il senso di appartenenza. Questo obiettivo può essere raggiunto per esempio attraverso modalità che assicurino risposte puntuali e di qualità alle richieste poste dal personale e tramite la formazione del personale per migliorare l'efficacia nella formulazione delle domande.

Obiettivo 4.3. Rafforzare il ruolo del CUG, farne conoscere le attività e favorirne la formazione dei membri

L'obiettivo ha come scopo quello di informare il personale sulle attività e funzioni del CUG e il potenziamento della formazione dei membri del CUG.

Area di intervento 5. Prevenzione e superamento della violenza di genere

Obiettivo generale: promuovere e sviluppare negli ambienti di lavoro una cultura organizzativa orientata al rispetto della dignità della persona e dei principi delle pari opportunità

L'Area 5 ha come obiettivo generale quello di promuovere e sviluppare negli ambienti di lavoro una cultura organizzativa orientata al rispetto della dignità della persona e dei principi delle pari opportunità. Si tratta di incentivare una maggiore consapevolezza volta a riconoscere gli stereotipi di genere e le variegate forme di discriminazioni, molestie e violenze. Nello specifico vengono forniti strumenti volti a prevenire, contrastare e rimuovere questi fenomeni. L'area d'intervento si articola in tre obiettivi e relative azioni.

Obiettivo 5.1. Promuovere una maggiore consapevolezza su ogni forma di discriminazione, molestia e violenza di genere

Le Linee Guida sulla parità di genere del Dipartimento Funzione Pubblica 2022 e la Circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione, 23 novembre 2023 individuano, tra gli obiettivi per sradicare il fenomeno della violenza di genere, azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte al personale nelle PA. A tal fine il Dipartimento della funzione pubblica ha attivato sulla piattaforma Syllabus due corsi di autoformazione “*RIForma Mentis*“ e “*La cultura del rispetto: la diversità di genere come valore all'interno della Pubblica Amministrazione*”. Il primo corso ha l'obiettivo di innalzare la consapevolezza del personale sul tema delle molestie di genere; il secondo corso è volto a sensibilizzare il personale sul rispetto e la valorizzazione delle diversità di genere, per creare un luogo di lavoro improntato alla cultura delle pari opportunità.

Obiettivo 5.2. Sensibilizzare il personale sull'uso di un linguaggio non sessista, inclusivo e rispettoso del genere, al fine di avviare buone prassi comunicative

Diffondere una cultura per un linguaggio rispettoso del genere nei luoghi di lavoro è uno dei tasselli importanti per abbattere discriminazioni e stereotipizzazioni fonte di pregiudizi. Il linguaggio può svolgere un ruolo chiave nel sostenere il cambiamento e promuovere modelli lavorativi e socioculturali nei quali possano riconoscersi donne e uomini.

Obiettivo 5.3. Prevenire, gestire e aiutare a risolvere casi di mobbing, di molestie sessuali, di discriminazione

Il CUG è un organo importante per la crescita della cultura del rispetto e delle pari opportunità e “sensore” di situazioni di malessere collegate alle discriminazioni, molestie e violenze.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Direttiva 2/2019 del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Sottosegretario delegato alle pari opportunità	Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche
Direttiva Comitati Unici di Garanzia	Linee guida sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183)
Legge 9 agosto 2013 n. 99	Disposizioni in recepimento della Direttiva 2000/78/CE che vieta le discriminazioni basate sulla religione, l'età, la disabilità e l'orientamento sessuale
Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80	Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia
Decreto legislativo numero 165 del 2001	Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche
Decreto legislativo 12 ottobre 2011	Attuazione della direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica
Decreto Legislativo 13 dicembre 2023, n. 222	Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e) della legge 22 dicembre 2021, n. 227
Decreto 30 giugno 2022, n. 132	Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione
Direttiva 23 maggio 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica	Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle pubbliche amministrazioni
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 giugno 2017	Metodologia generale del bilancio di genere ai fini della rendicontazione, tenuto conto anche delle esperienze già maturate nei bilanci degli Enti territoriali
European Commission, Directorate-General for Research and Innovation "Gendered innovations – How gender analysis contributes to research – Report of the expert group 'Innovation through gender'", Publications Office, 2013	Gendered innovations – How gender analysis contributes to research – Report of the expert group 'Innovation through gender'
Linee Guida del Dipartimento Funzione Pubblica e Dipartimento Pari Opportunità, 2022.	Linee Guida sulla "Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni"
Linee guida a cura del Gruppo CRUI per il Bilancio di Genere. Settembre 2019	Linee guida per il Bilancio di Genere negli Atenei italiani

Circolare del Ministro della Pubblica Amministrazione, 23 novembre 2023	Riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme
https://doi.org/10.1787/3ddef555-en - pubblicazione dell'Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)	Toolkit for Mainstreaming and Implementing Gender Equality 2023
Strategia Nazionale per la Parità di Genere della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2021-2016	Strategia Nazionale per la Parità di Genere
UNI/PdR 125:2022	Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performances Indicator - Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle Politiche di parità di genere nelle organizzazioni.

Area di intervento 1. Supporto alla dirigenza ISS nell'attuazione delle azioni;

Obiettivo generale: Creare strumenti di verifica e governo dell'andamento attraverso cui la dirigenza può offrire un supporto efficace al cambiamento che sia anche percepibile dal personale.

Obiettivo	Azioni	Figure decisionali / soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
1.1 Garantire il ruolo consultivo del CUG nei momenti strategici e decisionali di definizione delle politiche per il personale	Promuovere presso la Dirigenza ISS l'acquisizione del parere preventivo del CUG in merito a tutte le politiche relative al personale	DG DIRAG DRUE CUG	Numero di documenti in cui si richiede il parere preventivo del CUG	Annuale
1.2 Acquisire dati disaggregati per genere per operare scelte informate e definire priorità	Organizzazione della raccolta e l'analisi dei dati sulla rappresentanza e sulla parità di genere	Servizio informatico Ufficio Trattamento Giuridico ed Economico del personale CUG	Almeno 1 report o documento di programmazione e/o rendicontazione pubblicato con dati disaggregati per genere.	Annuale
1.3 Individuare i soggetti referenti per l'attuazione del piano	Individuazione dei soggetti referenti per l'attuazione del piano, distinguendo tra le figure apicali, responsabili delle decisioni in linea con l'indirizzo politico di ciascuna misura, e i soggetti attuativi, incaricati della preparazione delle misure e del monitoraggio dei risultati.	DG DIRAG DRUE CUG	Identificazione dei referenti.	2025
1.4 Redigere il Bilancio di genere	Organizzazione di iniziative o corsi sulla preparazione e implementazione del Bilancio di genere	DRUE CUG	Attivazione del corso e numero di persone formate	2025-2026
	Redazione della prima versione del bilancio di genere.		Prima versione del bilancio di genere.	2025-2027
1.5 Promuovere l'autovalutazione come strumento per l'analisi di efficacia e adeguatezza delle politiche di pari opportunità	Valutare la possibilità di sviluppare di uno strumento per l'autovalutazione, sulla base dei dati raccolti e degli indicatori scelti, in linea con Linee Guida sulla parità di genere del Dipartimento Funzione Pubblica e verificare la possibilità di sviluppare un sistema di gestione per la Parità di genere secondo la linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere.	DG DRUE DIRAG CUG	Predisporre una check list sulla base del toolkit OECD.	2026-2027

Area di intervento 2. Garantire pari opportunità nelle politiche di reclutamento e gestione del personale

Obiettivo generale: Attuare i principi di parità di genere nei processi di reclutamento, selezione e assunzione.

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
2.1 Identificare ed eliminare le barriere sistemiche nelle procedure per il reclutamento e la promozione del personale	Analisi dei dati disaggregati per discipline e strutture interne per identificare eventuali squilibri di genere e bias nelle procedure di reclutamento e promozione	Ufficio reclutamento del personale CUG	Report sui dati	2025
	Valutazione dell'applicabilità in ISS di modelli di bandi per il reclutamento di personale che non producano discriminazioni di genere e che siano utilizzati in altri enti di ricerca.		Report su modelli di bandi utilizzati in istituzioni simili all'ISS (per esempio ISTAT 2024-2026).	2025-2027
	Formazione per le/i commissari e il personale interno addetto al reclutamento sulla presenza e sugli effetti dei bias inconsapevoli.		Attivazione del corso. Percentuale di fruizione del corso. Preparazione di un documento sul tema dei bias inconsapevoli.	2025-2026
2.2 Favorire la diffusione della cultura della leadership al femminile e promozione della parità nei ruoli apicali	Monitoraggio, con analisi prospettica, dell'attrattività delle posizioni di responsabilità in base al genere, attraverso dati statistici sui candidati ai concorsi per ruoli dirigenziali e i vincitori.	Ufficio reclutamento del personale CUG	Percentuale di candidature di donne sul totale delle potenziali interessate in possesso dei requisiti comparato alla percentuale di candidature di uomini sul totale dei potenziali interessati in possesso dei requisiti.	2025-2027
	Sensibilizzazione sull'uso degli strumenti di conciliazione vita-lavoro tra il personale apicale, evitando ghettizzazioni e garantendo assenza di penalizzazioni economiche o di carriera.	DG	Analisi delle possibili misure per conciliare la flessibilità di lavoro delle posizioni apicali con la produttività dell'Ente.	2025-2026
	Sensibilizzazione e formazione sull'impatto che l'empowerment e la leadership femminile possono avere sul cambiamento e sull'efficienza dell'Ente.	CUG	Attivazione di un corso o iniziativa, come seminari, workshop o programmi di mentorship.	2026-2027

Area di intervento 3. Garantire il benessere organizzativo attraverso politiche di inclusione a garanzia e tutela delle diversità.

Obiettivo generale: Attuare i principi di benessere organizzativo nei processi che coinvolgono le persone e l'ambiente dell'ISS

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
3.1 Promuovere la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro	Garantire il sostegno alle persone in condizione di fragilità, sia di salute che sociale (situazioni anche temporanee di necessità personali o carichi familiari gravosi)	DIRAG DRUE CUG	Almeno una procedura amministrativa di accesso rapido e/o fruizione estesa degli strumenti di flessibilità oraria e/o lavoro da remoto	2025-2026
	Garantire al personale l'efficacia della modalità di lavoro da remoto, come strumento organizzativo equivalente alla modalità in presenza		Monitoraggio delle esigenze e fornitura della strumentazione idonea; Formazione e aggiornamento sulla sicurezza da remoto	Annuale
	Promuovere la consapevolezza sullo stress lavoro-correlato		Disponibilità di eventi formativi per aumentare la consapevolezza dello stress lavoro-correlato.	2025
3.2 Supporto alla genitorialità per tutti i genitori	Garantire la genitorialità per entrambi i genitori, attraverso promozione e monitoraggio delle relative politiche dell'Ente	DIRAG DRUE CUG	Rilevazione degli strumenti normativi utilizzati, con dati aggregati per genere, età, nucleo familiare	2025-2026
	Promuovere, anche sulla base di monitoraggio territoriale e/o agevolazioni economiche, la fruizione di asili nido e/o centri estivi in prossimità del luogo di lavoro.		Analisi di fattibilità	2025
3.3 Favorire l'inclusione lavorativa e sociale all'interno dell'Organizzazione	Garantire che i lavoratori e le lavoratrici abbiano a disposizione strumenti e spazi adeguati a svolgere il proprio lavoro	DIRAG DRUE CUG	Prevedere modalità di interazione tra il CUG e le strutture dell'ISS che possano prevenire o individuare situazioni di disagio ambientale	2026-2027
	Prevedere nelle aree dell'ISS spazi comuni utilizzabili dal personale, sia per il consumo di brevi pasti o ristori, sia come luogo di incontro durante la giornata lavorativa		Presenza di "zone consumo" allestite in prossimità delle macchinette erogatrici caffè e snack; Presenza di piccole sale riunioni nei Dip/Centri/Services o sui piani con accesso facile da parte del personale.	2026-2027

	Proporre l'attuazione di politiche per il reinserimento del personale dopo periodi di assenza dal lavoro		Iniziative formative di aggiornamento	2025
3.4 Promuovere nell'ambiente di lavoro una cultura del rispetto e dell'inclusione verso tutte le diversità	Individuare in ISS il Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità ("Disability manager")	DIRAG DRUE	Avvio e completamento della procedura di nomina	2025
	Garantire alle persone con disabilità l'accessibilità delle informazioni interne all'Ente, con particolare riguardo a quelle in forma digitale	DRAG DRUE	Corsi di aggiornamento per il personale sull'accessibilità dei testi digitali e degli audio/video; Disponibilità nell'Ente di adeguate tecnologie assistive per l'accessibilità dei prodotti hardware/software	2025-2026
	Garantire un'efficace integrazione nel lavoro, ai fini di garantire pari trattamento economico e progressioni di carriera	DRAG DRUE	Rilevazioni statistiche sull'accesso agli istituti contrattuali di valorizzazione professionale	2025-2026
	Proporre modalità adeguate a riconoscere eventuali ambienti conflittuali all'interno del lavoro	DRAG DRUE	Analisi di fattibilità per corsi di gestione dei conflitti rivolti al personale dirigente	2026

Area di intervento 4. Formazione e diffusione del modello culturale

Obiettivo generale: promuovere tra il personale la conoscenza della documentazione e della normativa sulle tematiche di competenza del CUG

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
4.1 Sensibilizzare il personale su pari opportunità, cultura del rispetto, contrasto alla violenza di genere e inclusione, tramite iniziative dedicate e accesso ai documenti rilevanti.	Organizzare iniziative dedicate al modello culturale improntato alle pari opportunità.	CUG	Preparazione di un documento sul tema dei bias inconsapevoli.	2025-2027
			Promozione della presenza di entrambi i generi negli eventi pubblici organizzati dall'ISS. Valutare l'adesione alla campagna No women no panel.	
			Una iniziativa di sensibilizzazione sul tema della Diversity	
			Ripetere una seconda edizione del corso di gestione dei conflitti rivolto al personale dirigente.	
	Garantire l'accesso ai documenti rilevanti attraverso una pagina web intranet CUG dedicata per i documenti elaborati dal CUG e uno spazio sul sito ISS per l'accesso a dati e statistiche, con strumenti visivi e facilmente ricercabili.	CUG	Creazione di una pagina web intranet gestita dal CUG	2025
		Servizio di informatica CUG	Analisi di fattibilità di uno spazio sul sito ISS.	2025-2026
4.2 Favorire il senso di appartenenza all'Ente attraverso una migliore comunicazione tra agli organi/uffici consultivi/decisionali dell'Ente e il personale	Informare e formare il personale, soprattutto neoassunto, sulle regole di funzionamento dell'ISS e migliorare la comunicazione tra personale della ricerca e uffici.	DG DIRAG DRUE CUG	Brochure di accoglienza per i neo assunti.	2025-2026
			Analisi su come migliorare la comunicazione tra uffici	2025-2027
4.3 Rafforzare il ruolo del CUG, farne conoscere le attività e favorirne la formazione dei membri	Informare sulle attività e funzioni del CUG ISS	CUG	Numero di articoli divulgativi sulle attività del CUG/anno.	2026
	Garantire rapporti formali del CUG con gli organismi esterni di rilievo (Consigliere di parità, altri CUG, Forum dei CUG della PA) e potenziare la formazione dei membri del CUG.		Numero di iniziative organizzate dalla Rete e altri CUG a cui partecipa il CUG ISS.	Annuale
			Numero di percorsi di aggiornamento/formazione delle conoscenze e competenze delle componenti del CUG.	

Area di intervento 5. Prevenzione e superamento della violenza di genere

Obiettivo generale: promuovere e sviluppare negli ambienti di lavoro una cultura organizzativa orientata al rispetto della dignità della persona e dei principi delle pari opportunità

Obiettivo	Azione	Figure decisionali/ soggetti attuatori	Risultati misurabili	Inizio-fine
Promuovere una maggiore consapevolezza su ogni forma di discriminazione, molestia e violenza di genere	Informazione e diffusione al personale di corsi di autoformazione messi a disposizione dal Ministero della Funzione Pubblica ed erogati dalla piattaforma Syllabus. Creazione di un team per la predisposizione del questionario di verifica.	CUG	Attivazione dei Corsi "RiformaMentis" e "La cultura del rispetto".	2025-2026
			Percentuale di fruizione dei corsi e risposte al questionario	2025-2026
	Divulgare materiale informativo al personale per sensibilizzare sull'emergenza del fenomeno di violenza di genere	CUG-Rete nazionale CUG	Dépliant informativo sul fenomeno della violenza di genere predisposto dal CUG	2025-2026
	Istituzionalizzare momenti formativi e di sensibilizzazione in occasione del 25 novembre celebrazione della giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne	CUG e Rete Nazionale CUG	Istituzionalizzare momenti formativi e di sensibilizzazione in occasione del 25 novembre celebrazione della giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne	2025-2026
	Publicare sul sito ISS il numero verde nazionale 1522 a cui possono rivolgersi le vittime di violenza per chiedere aiuto e ricevere assistenza. Inserire sul portale ISS Salute la voce tematica "violenza contro le donne"	CUG	numero verde nazionale 1522; pubblicazione voce tematica "violenza" sul portale ISS Salute	2025-2026
Sensibilizzare il personale sull'uso di un linguaggio non sessista, inclusivo e rispettoso del genere, al fine di avviare buone prassi comunicative	Sensibilizzare il personale sull'uso di un linguaggio non sessista rispettoso del genere attraverso l'offerta di un seminario annuale	DG DIRAG CUG	Seminario "Sono solo parole?". Percentuale di fruizione	2025-2026
	Implementare le Raccomandazioni per l'uso di un linguaggio ampio non discriminatorio dell'identità di genere	CUG	Definizione e nomina di un team per il monitoraggio dell'uso delle raccomandazioni nei documenti, nelle comunicazioni e nelle	Annuale

			pubblicazioni ISS	
Prevenire, gestire e aiutare a risolvere casi di mobbing, di molestie sessuali, di discriminazione	Garantire che il ruolo della Consigliera di fiducia e le modalità per contattarla siano compresi dal personale.	CUG	Materiale informativo e incontro di presentazione	2025-2026