

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE 2025 – 2027



PREMESSE	4
SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
SEZIONE 1.01 MISSION E VISION	8
SEZIONE 1.02 CAPACITÀ ASSISTENZIALE	10
DOTAZIONE POSTI LETTO	12
ATTIVITÀ DI RICOVERO	13
PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DAY HOSPITAL	17
SEZIONE 1.03 ATTIVITÀ SCIENTIFICA	20
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	30
SEZIONE 2.01 PERFORMANCE	32
LE AREE STRATEGICHE E LA GESTIONE DELLA PERFORMANCE	
AZIENDALE	35
RUOLI CHIAVE NEL CICLO DELLA PERFORMANCE	38
SEZIONE 2.02 GENDER EQUALITY PLAN	40
SEZIONE 2.03 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	44
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE:	
NOMINA E RUOLO	50
REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA	
TRASPARENZA	50
ATTIVITÀ E STRUTTURE MAGGIORMENTE ESPOSTE AL RISCHIO DI	
CORRUZIONE	54
MAPPATURA DEI PROCESSI	54
MISURE DI CARATTERE GENERALE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI	
CORRUZIONE	55
PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	59
ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	60
CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO	62
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	63
CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI	63
RASA (RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE)	63
MISURE DI MINIMIZZAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO ATTUATE	
NEL SETTORE DELL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI E DI	
COMMISSIONE DI LAVORI	64

DIGITALIZZAZIONE DEI CONTRATTI PUBBLICI	64
DIVIETO DI PANTOUFLAGE O POST-EMPLOYMENT	66
MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	66
COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER NELLA REDAZIONE DEL PTPCT	67
ULTERIORI MISURE SPECIFICHE	67
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	71
SEZIONE 3.01 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	71
SEZIONE 3.02 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	75
SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	77
SEZIONE 3.04 PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE	82
MONITORAGGIO	94

PREMESSE

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito con la legge n. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di attività e organizzazione (d'ora in poi PIAO) che, quale misura di semplificazione e ottimizzazione della programmazione pubblica nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle PP.AA. funzionale all'attuazione del PNRR, assorbe una serie di piani e programmi già previsti dalla normativa.

Le finalità del PIAO risiedono nel:

- consentire un maggior coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni e una sua semplificazione;
- assicurare una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi ai cittadini e alle imprese.

Il PIAO ha durata triennale e definisce 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 l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012. Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- ✓ il Piano della performance che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell'Istituto stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- ✓ il Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza (d'ora in poi PTPCT), che è finalizzato a minimizzare i rischi corruttivi insiti nei vari ambiti di attività istituzionale, nonché a garantire piena accessibilità e pubblicità all'operato complessivo dell'Istituto, in ottemperanza alla normativa vigente e alle linee guida operative individuate dall'ANAC con gli aggiornamenti del Piano Nazionale Anticorruzione;
- ✓ il Piano triennale dei fabbisogni di personale (d'ora in poi PTFP), che, in equilibrio con le risorse finanziarie stanziata dalla Regione in favore degli enti che costituiscono il servizio sanitario regionale, identifica gli strumenti e i target di reclutamento di nuove risorse, nonché di valorizzazione delle competenze professionali maturate e di accrescimento del bagaglio culturale dei dipendenti in servizio, con particolare riguardo alla programmazione di progressioni di carriera in favore delle risorse maggiormente performanti;

- ✓ il Piano Triennale della Formazione, che individua 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;
- ✓ il Piano operativo per il lavoro agile (d'ora innanzi POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello *smart working* quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- ✓ il Piano di Uguaglianza di Genere dell'Istituto, che definisce le iniziative programmate volte alla "rimozione degli ostacoli che, di fatto impediscono il raggiungimento di una effettiva parità di *chance* in riferimento alle progressioni di carriera, alla possibilità di conciliare gli impegni familiari con la vita lavorativa, nonché, in una ottica più estesa, la repressione sollecita di ogni forma di discriminazione collegata all'appartenenza a differenti etnie, religioni, classi sociali, orientamenti sessuali, ovvero alla presenza di handicap fisici o intellettivi.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS
SEDE	Via Portuense 292 – 00149 Roma
Codice Fiscale	05080991002
Commissario Straordinario	Dott.ssa Cristina Matranga
Personale	838 unità impiegate al 31-12-2024
Natura Giuridica	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al Decreto Legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e ss.mm.ii.
Regolamento di Organizzazione e Funzionamento	https://trasparenza.inmi.it/atto-aziendale-deliberazione-n-487-del-16-07-2019/
Sito web	https://www.inmi.it
URP	urp@inmi.it
PEC	inmi@pec.inmi.it

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" ha personalità giuridica di diritto pubblico ed è riconosciuto come IRCCS per effetto del D.M. 19 dicembre 1996, successivamente confermato con D.M. 15 febbraio 2005, nella specializzazione disciplinare "AIDS, altre malattie infettive e ospite immunocompromesso".

La L.R. 2/2006 configura l'Istituto (quale IRCCS di diritto pubblico non trasformato in fondazione) come ente pubblico dipendente della Regione a rilevanza nazionale, al pari delle aziende sanitarie.

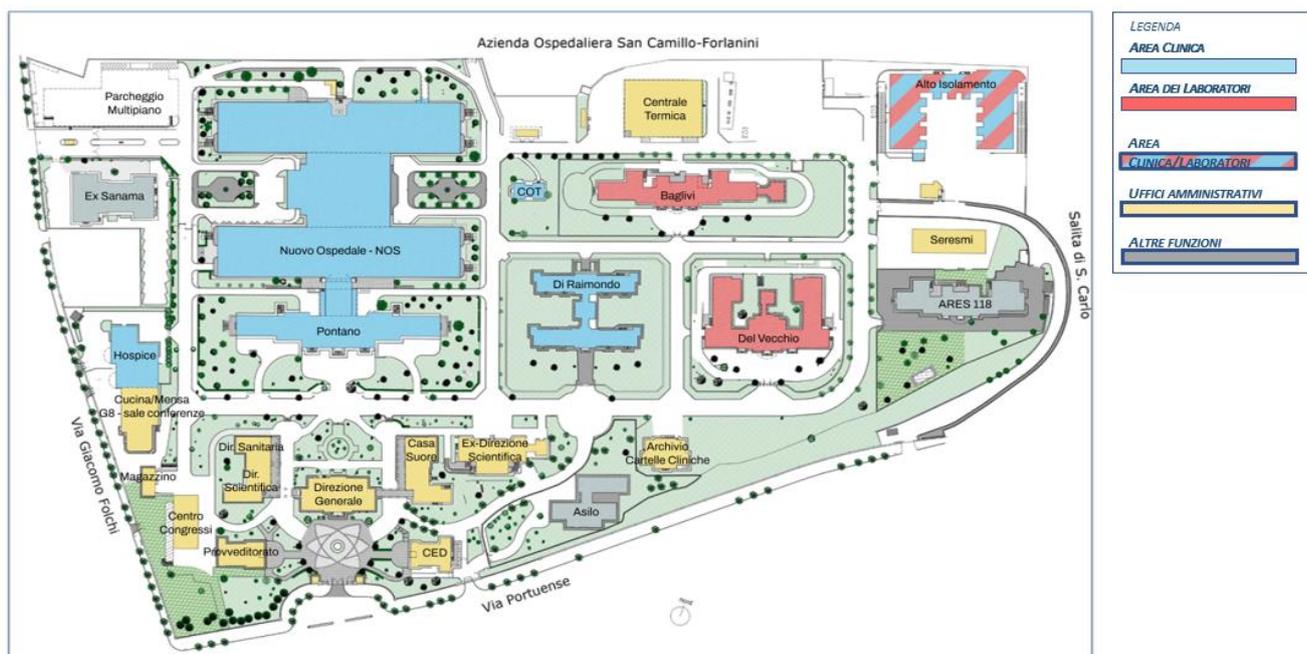
L'INMI persegue finalità di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie infettive e dell'ospite immunocompromesso, dell'innovazione tecnologica in ambito diagnostico e terapeutico, inclusi i trapianti d'organo e le infusioni di cellule, nel pieno rispetto della personalità, della dignità e dei diritti della persona. La ricerca, prevalentemente traslazionale, rappresenta un elemento qualificante della missione dell'Istituto.

La peculiarità organizzativa dell'INMI si rinviene dunque nel connubio tra l'erogazione di prestazioni cliniche di ricovero e cura ad elevata specializzazione, la conduzione sistematica di programmi di ricerca scientifica di rilevanza internazionale e la formazione professionale dei ricercatori.

L'attività di sperimentazione clinica trae inoltre nuova linfa vitale in seguito alla riforma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

- PNRR approvato dall'assemblea parlamentare (nello specifico la Missione n. 6 "Salute" prevede la "Riorganizzazione della rete degli IRCCS").

L'Istituto ha sede in Roma, via Portuense n. 292, C.A.P. 00149 e si articola su un'area di circa 120.000 mq. Il complesso immobiliare è costituito da edifici realizzati per la maggior parte negli anni '30 e rappresenta un interessante esempio della tipologia detta "a padiglione" ad eccezione del Nuovo Ospedale, realizzato nei primi anni '90.



Planimetria Generale dell'INMI L. Spallanzani

Per il triennio 2025-2027 è stato approvato con deliberazione n. 706 del 31.12.2024 il Piano Triennale degli Investimenti, il quale rappresenta uno strumento fondamentale per sostenere lo sviluppo infrastrutturale, tecnologico e organizzativo dell'IRCCS Spallanzani. Gli interventi individuati per il triennio di riferimento sono finalizzati al miglioramento delle infrastrutture, all'ottimizzazione dei processi diagnostici e di ricerca e all'aggiornamento del parco tecnologico.

Con deliberazione n. 531 del 21/10/2024 è stata individuata la Cabina di Regia Investimenti con la funzione di migliorare la pianificazione e l'organizzazione delle attività correlate alla gestione dei lavori ed interventi di manutenzione straordinaria degli immobili, al fine di evitare interferenze con l'attività sanitaria garantendone la piena continuità.

Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, attualmente vigente, è stato deliberato Deliberazione n. 487 del 16.07.2019, approvato dalla Regione Lazio con DCA U00296 del 23/07/2021. In attuazione del D. Lgs. 200/2022, con deliberazione n. 516 del 4/10/2024 è stato

approvato il nuovo Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, trasmesso per le relative dovute approvazioni al Ministero della Salute e alla Regione Lazio. L'articolo 3, comma 1 bis, del citato decreto stabilisce che gli IRCCS di diritto pubblico, sono tenuti ad adeguare gli statuti o i regolamenti di organizzazione e funzionamento in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria e nel rispetto dell'autonomia regionale, in modo da garantire il coordinamento delle attività del Direttore Generale e quelle del Direttore Scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza.

SEZIONE 1.01 MISSION E VISION

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS (INMI) ha come missione primaria la prevenzione, la diagnosi, la cura e la ricerca nell'ambito delle malattie infettive, con l'obiettivo di garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria qualificata, equa e appropriata (*Mission*). Questo impegno si realizza attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale, che consente di trasformare i risultati della ricerca di base in soluzioni cliniche innovative per una gestione all'avanguardia dei pazienti.

L'Istituto è un punto di riferimento nazionale e internazionale grazie alle sue infrastrutture d'eccellenza, come i laboratori di biocontenimento di livello 4 e l'Unità di Alto Isolamento, che gli consentono di affrontare con competenza e rapidità emergenze sanitarie globali, tra cui la pandemia di COVID-19.

Attraverso l'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione, l'INMI si distingue per la capacità di rispondere efficacemente ai bisogni emergenti della popolazione, rafforzando al contempo la rete delle strutture sanitarie territoriali e nazionali.

La visione dell'Istituto Spallanzani IRCCS è quella di essere riconosciuto come un modello di eccellenza a livello regionale, nazionale e internazionale nella prevenzione e nella gestione delle malattie infettive, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare e orientato all'innovazione (*Vision*).

L'Istituto si propone di:

- Consolidare il proprio ruolo di polo di riferimento per le malattie infettive, rappresentando un centro di competenza e innovazione;
- Partecipare attivamente alle reti italiane e internazionali di centri di eccellenza, promuovendo la cooperazione e il coordinamento per affrontare le sfide globali in ambito sanitario;

- Sviluppare modelli organizzativi innovativi e tecnologicamente avanzati per la diagnosi, la cura e la prevenzione delle malattie infettive;
- Favorire la formazione avanzata e continua per i professionisti sanitari, contribuendo a diffondere conoscenze e competenze di alto livello;
- Garantire la sicurezza e il benessere dei pazienti e degli operatori, investendo in ambienti e procedure che rispettino i più alti standard di qualità.

La missione e la visione dell'INMI si fondano su alcuni principi guida che orientano le attività dell'Istituto:

- competenza: tale modello assistenziale intende garantire la distribuzione dei ricoveri e un adeguato volume di attività per aree tematiche omogenee (CoViD-19, HIV/AIDS, infezioni dell'ospite immunocompromesso, infezioni batteriche e micotiche, epatiti virali croniche, tubercolosi ed altre malattie infettive respiratorie, malattie tropicali e da importazione), al fine di rispettare il principio di corrispondenza tra maggiori volumi di attività e migliori esiti;
- differenziazione: adattare l'organizzazione all'applicazione del modello di rete basato sulla differenziazione tra centro *hub* e centro *spoke*, in applicazione delle disposizioni regionali sulla Rete Assistenziale delle Malattie Infettive (SERESMI);
- integrazione disciplinare: l'ospedale è un sistema integrato che unisce le competenze di professionisti sanitari alle più innovative tecnologie d'assistenza;
- integrazione territoriale: l'offerta assistenziale e la competenza specialistica sono in sintonia con la domanda di salute che proviene dal territorio e in collegamento con le strutture (Ospedali, ASL, Distretti, Ambulatori di Medicina Generale) che convogliano e gestiscono la domanda di salute sulle malattie infettive e la loro cura e prevenzione. Significativa in questo ambito l'esperienza dell'USCAR.
- spirito di servizio: tutte le attività dell'ospedale devono ispirarsi alla consapevolezza del comune dovere di concorrere alla realizzazione di un buon sistema assistenziale attento al benessere della persona;
- cultura: l'ospedale è anche luogo di cultura, di ricerca scientifica e aggiornamento professionale per i medici interni, esterni, il personale infermieristico, il personale amministrativo e tecnico e, per certi aspetti, la stessa collettività esterna;
- sicurezza: l'Istituto deve continuare a prestare la massima attenzione alle problematiche che riguardano le condizioni ambientali e le procedure operative, perché l'ospedale sia un luogo sicuro per i degenti e per il personale che vi lavora;
- sviluppo: l'ospedale ha maturato, negli ambiti di attività che gli sono propri, forti tradizioni di

alta competenza e qualità professionale che devono essere preservate e anzi rafforzate. Questo sviluppo è possibile grazie al massimo coinvolgimento di tutte le risorse disponibili.

Con questa visione proiettata al futuro, l'Istituto Spallanzani IRCCS si impegna a contribuire significativamente al progresso della salute pubblica, fornendo risposte tempestive ed efficaci alle sfide sanitarie di oggi e di domani.

SEZIONE 1.02 CAPACITÀ ASSISTENZIALE

Anche nel 2024, nonostante la decrescita dei casi di Sars-CoV-2 e l'appiattimento della curva epidemica, l'INMI ha continuato l'attività di somministrazione della terapia precoce in pazienti positivi al Covid-19, non ricoverati, con malattia lieve-moderata al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e il grado di impegno delle strutture di degenza della rete Regionale.

Nel corso dell'anno 2024 il personale INMI ha risposto via e-mail a più di 600 quesiti, e ad oggi lo smaltimento delle richieste viene gestito in modo da arruolare la maggior parte dei pazienti entro il limite di 5 giorni dall'esordio dei sintomi.

Sono stati organizzati turni ambulatoriali con un medico e due o tre infermieri da una a tre volte a settimana: la frequenza dell'ambulatorio è stata modulata in base alle richieste pervenute, connesse alle oscillazioni della curva epidemica.

Globalmente sono state effettuate 364 prime visite e 291 visite di controllo: i pazienti che hanno avuto accesso sono stati quelli estremamente fragili, che non potevano usufruire della terapia orale con nirmatrelvir/ritonavir prescrivibile dal medico di medicina generale. In tal senso l'INMI è stato l'unico centro della Regione a mantenere un ambulatorio per la somministrazione di antivirali anche per via endovenosa (remdesivir). Dopo la prima visita, che comprende una valutazione degli esami di laboratorio, un tampone molecolare in RT-PCR con analisi di sequenza in NGS a campione, ed esami sierologici per la rilevazione di anticorpi anti-SARS-Cov-2, il paziente viene inserito in un percorso di follow-up clinico e laboratoristico che prevede una visita di controllo a 7 giorni. I pazienti che necessitano di più visite di controllo vengono seguiti fino alla guarigione ed eventualmente ritrattati anche con schemi off-label.

Dal Maggio 2022, con l'inizio a livello globale dell'epidemia da mpox, l'INMI ha giocato il ruolo di protagonista regionale nella lotta al contrasto di questa malattia e nella relativa indispensabile campagna vaccinale per la protezione dei soggetti a rischio.

L'OMS ha considerato il vaiolo delle scimmie (mpox) "Emergenza di salute pubblica di interesse internazionale" (PHEIC - Public Emergency of International Concern) dal 23 Luglio 2022 al 10 Maggio 2023 e poi nuovamente dal 14 Agosto 2024 a causa della ripresa dei casi nella regione Africana a causa del nuovo clade virale Ib.

Ad oggi (dati aggiornati al 31 dicembre 2024) sono stati notificati più di 100.000 casi di mpox a livello globale, di cui 23.998 solo nel 2024. In Italia, sempre al 31 dicembre 2024, i casi confermati sono 1056 (Fonte: Ministero della Salute).

L'INMI Lazzaro Spallanzani è stato uno dei centri italiani di punta nella recente epidemia da mpox, essendo il centro in cui è stato diagnosticato e notificato il primo caso in Italia nonché il Centro dove è stato valutato e trattato un gran numero di pazienti.

Al 31 dicembre 2024, presso l'INMI sono stati osservati e seguiti un totale di 309 casi sospetti di mpox pari al 78% del totale di 396 casi sospetti osservati in Regione Lazio. L'INMI ha notificato 140 casi di mpox confermati (con diagnosi mediante test RT-PCR), pari all'80% del totale di 175 casi notificati nella Regione Lazio, e al 13% di tutti i casi notificati a livello nazionale.

Dal punto di vista della organizzazione assistenziale, l'INMI – già dalla comparsa dei primi casi in Italia, risalenti a maggio 2022 - ha garantito un servizio di diagnosi e cura del mpox, organizzato secondo un modello di competenza e affidato alle due UOC coinvolte per natura e obiettivi nella gestione della malattia, ovvero la UOC Immunodeficienze virali, Divisione di riferimento per la malattia da HIV/AIDS, la profilassi pre-esposizione e le malattie sessualmente trasmissibili.

L'ambulatorio mpox nel 2024 è stato adattato all'andamento epidemiologico, con un'apertura su reperibilità bisettimanale effettuata dai medici dell'Ambulatorio PrEP/IST. Veniva comunque mantenuta la possibilità di effettuare una prima valutazione infettivologica dei casi sospetti anche al di fuori dei normali orari di apertura dell'ambulatorio stesso con accesso presso l'Accettazione dell'Istituto.

Nonostante la netta riduzione dei casi a livello globale, presso l'Istituto sono state effettuate tre diagnosi nel 2024, gestite a livello ambulatoriale (cioè casi lievi che non hanno necessitato ricovero) e sono stati valutati i pazienti con diagnosi effettuata negli anni precedenti per la valutazione dell'immunità a distanza dall'infezione. Considerata la fine della fase emergenziale, le attività dell'Ambulatorio Mpox sono state assimilate e riassorbite in quelle quotidianamente garantite dall'Ambulatorio PrEP/IST, visto il carattere sessualmente trasmissibile del mpox.

Inoltre, fin dal 2022, l'INMI Lazzaro Spallanzani è stato individuato dalla Regione Lazio come unico Centro Vaccinale per la Campagna Vaccinale mpox. L'attività vaccinale, iniziata il giorno 8 agosto 2022, è tuttora in corso.

Nel 2024 sono state somministrate 571 dosi di vaccino (295 prime dosi/dose unica, 205 seconde dosi e 71 dosi booster) in 297 persone presso il Centro vaccinale mpox dell'INMI, per un totale, dall'inizio della campagna vaccinale, di 3.758 persone ad alto rischio di mpox, in base alla definizione di popolazione target della vaccinazione riportata nella Circolare del Ministero della Salute n. 35365 del 5 agosto 2022. Dall'inizio dell'attività di vaccinazione sono state in tutto somministrate 6546 dosi di vaccino (3734 prime dosi/dose unica, 2741 seconde dosi e 71 dosi booster).

Dotazione Posti letto

La tabella sottostante presenta la dotazione complessiva di Posti Letto (PL) di ricovero ordinario (RO) per l'anno 2024. Il totale INMI è il medesimo del secondo semestre 2023 e cioè:

- 166 PL per disciplina "Malattie Infettive" con codice ministeriale '24';
- 12 PL per disciplina Terapia Intensiva e Rianimazione con codice ministeriale '49' per complessivi 178 PL di RO.

Nell'ambito della ripartizione dei PL tra le diverse UO di Malattie Infettive (complessivi 166 PL), ad aprile di quest'anno è stata introdotto il nuovo reparto denominato "Malattie Infettive di Interesse Chirurgico (MIIC)" con una dotazione di 5 posti letto "destratti" all'UO Infezioni Sistemiche e dell'Immunodepresso, passata da 32 a 27 PL.

Descrizione	PL UU.OO.
24.01 - Malattie infettive - Epatologia	32
24.02 - Infezioni sistemiche e dell'immunodepresso	27
24.05 - Immunodeficienze virali	32
24.06 - MIAC	32
24.09 - MIAR A	18
24.09 - MIAR B	20
24.13 - Malattie Infettive di Interesse Chirurgico	5
49.61 - Rianimazione	12
TOTALE	178

Attività di ricovero

La seguente tabella riassume i principali indici di attività di ricovero ordinario presso INMI per l'anno 2024.

UO	PL	Reparto di dimissione	Dimessi	GG DEG	DEG MEDIA	OM %
24.01	32	Malattie infettive - epatologia	479	9.572	20	81,7
24.02	27	Infezioni sistemiche e dell'Immunodepresso	431	8.446	19,6	85,5
24.05	32	Immunodeficienze virali	495	10.068	20,3	86
24.06	32	Mal. Infet. ad alta Intensità di cura	686	9.740	14,2	83,2
24.09	38	Mal Infettive dell'apparato respiratorio	859	13.361	15,6	96,1
24.13	5	Malattie Infettive di Interesse chirurgico	70	1.195	17,1	97,6
TOT. "24"	166	Totale Reparti "24"	3.020	52.382	17,3	86,2
49.61	12	Rianimazione	86	2639	30,7	60,1
TOT. ORD.	178	Totale RO Ospedale (CRT compresa)	3106	55021	17,7	84,5

Legenda:

- 1.UO: codice ministeriale del reparto (24.13, MIIC è stata inserita ad aprile 2024)
- 2.PL: numero di posti letto assegnati (da gennaio ad aprile 24.02 = 32 PL; da aprile 24.13 = 5; 24.02 = 27)
- 3.Reparto di dimissione: denominazione del reparto;
- 4.Dimessi: numero dei Dimessi (=SDO del Reparto);
- 5.GG.DEG.: Giornate di degenza trascorse dai Dimessi (col. 5);
- 6.DEG. MEDIA: Degenza Media in giorni (rapporto tra GG.DEG. e Dimessi);
- 7.OM %: Occupazione Media percentuale (rapporto % tra le giornate di degenza effettive, valore in colonna 5, su Giornate di Degenza Teoriche ovvero il prodotto del numero di PL per i giorni dell'anno, 366 per il 2024) Si è proceduto a correzione del dato per il reparto 24.13 attivo da aprile anziché 1° gennaio (come tutti i reparti).

Completano la sintetica descrizione del “case-mix” prodotto dall’INMI per il 2024 gli usuali 3 prospetti che mettono a confronto le MAIOR DIAGNOSTIC CATEGORY (MDC) ovvero le 25 ‘macro ripartizioni per specialità’ in cui è suddivisa la classificazione DRG con:

- PROSPETTO I: Età media dei dimessi per MDC;
- PROSPETTO II: Ripartizione dei dimessi per Sesso (M/F), Età e per MDC;
- PROSPETTO III: Ripartizione dei dimessi per Nazionalità (Italia/Estero) e MDC

PROSPETTO I			
Età media dei dimessi per MDC			
MD C	Descrizione MDC	N.	Età Medi a
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	109	45
02	Malattie e disturbi occhio	1	58
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	12	47
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.50 8	60
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	28	63
06	Malattie e disturbi apparato digerente	58	46
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	206	55
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	63	53
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	20	50
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	2	71
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	15	51
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1	59
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	8	46
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	7	72
18	Malattie infettive e parassitarie	553	50
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1	46
25	Infezioni da HIV	467	51
NA	Non attribuibile	17	65
PR	Pre MDC	30	59

PROSPETTO II
Ripartizione dei dimessi per Sesso (M/F) e per MDC

MDC	Descrizione MDC	Casi	Sesso (M/F)	Età Media
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	59	M	42
		50	F	48
02	Malattie e disturbi occhio	1	U	58
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	7	M	44
		5	F	51
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	882	M	58
		626	F	62
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	23	M	63
		5	F	61
06	Malattie e disturbi apparato digerente	29	M	46
		29	F	47
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	143	M	56
		63	F	54
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	49	M	54
		14	F	52
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	11	M	51
		9	F	48
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	1	M	59
		1	F	84
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	7	M	51
		8	F	51
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	1	Mi	59
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	3	M	45
		5	F	47
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	5	M	72
		2	F	73
18	Malattie infettive e parassitarie	343	M	50
		210	F	50
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1	M	46
25	Infezioni da HIV	376	M	50
		91	F	53
NA	Non attribuibile	11	M	64
		6	F	66
PR	Pre MDC	16	M	57
		14	F	61

PROSPETTO III			
Ripartizione dei dimessi per Nazionalità (Italia/Estero) e per MDC			
MDC	Descrizione MDC	Nazion. (Ita/Estero)	N.
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	Italia	85
		Estero	24
02	Malattie e disturbi occhio	Italia	1
		Estero	0
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	Italia	9
		Estero	3
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	Italia	1.109
		Estero	399
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	Italia	24
		Estero	4
06	Malattie e disturbi apparato digerente	Italia	48
		Estero	10
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	Italia	172
		Estero	34
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	Italia	56
		Estero	7
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	Italia	18
		Estero	2
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	Italia	2
		Estero	0
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	Italia	12
		Estero	3
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	Italia	1
		Estero	0
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	Italia	7
		Estero	1
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	Italia	7
		Estero	0
18	Malattie infettive e parassitarie	Italia	458
		Estero	95
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	Italia	1
		Estero	0
25	Infezioni da HIV	Italia	361
		Estero	106
NA	Non attribuibile	Italia	12
		Estero	5
PR	Pre MDC	Italia	26
		Estero	4

Prestazioni Ambulatoriali e Day Hospital

Nel 2024 INMI ha continuato ad implementare l'attività ambulatoriale, seguendo la tendenza già evidenziata nel 2023, superando definitivamente ogni difficoltà logistica legata agli anni della pandemia e ritornando, anzi implementando, i volumi di attività pre-pandemici. Pandemici.

Gli Ambulatori per Pazienti presi in Carico (APC) realizzano percorsi specifici per i soggetti con infezioni croniche, garantendo assistenza, empowerment del paziente, patto di cura, personalizzazione dei percorsi, prevenzione delle riacutizzazioni, sostegno del care-giver, alleanza e integrazione tra figure professionali e discipline diverse, realizzando modalità assistenziali analoghe a quelle messe in campo per le altre patologie croniche multifattoriali, considerate nel Piano Nazionale Cronicità.

Dopo la netta riduzione dei nuovi pazienti presi in carico nel biennio 2020-2021, dovuta all'emergenza pandemica e ad una complessiva riduzione dell'accesso alle cure di tutta la popolazione, il numero di nuovi pazienti cronici che sono entrati nel percorso di cure APC è continua crescita e ammonta nel 2024 a 1.810 pazienti, il 13.6% in più rispetto ai nuovi pazienti del 2023.

AMBULATORI PRESA IN CARICO					
ANNO	2024	2023	2022	2021	2020
ATTIVI INIZIO ANNO	20.343	18.783	17.546	16.490	15.436
NUOVE APERTURE	1.810	1.564	1.237	1.060	1.060

È da sottolineare che alle attività ambulatoriali "classiche", attive già nel 2019, si sono aggiunti e consolidati, sia come casistica che come attività produttiva, anche nuovi percorsi di cura, dedicati alla gestione delle condizioni correlate al COVID-19, quali l'Ambulatorio Monoclonali e Antivirali, ambulatorio ospedaliero per pazienti acuti con COVID-19 paucisintomatici, non ospedalizzati, ad alto rischio di progressione clinica (fragilità multiple), e – non ultimo – l'ambulatorio "Long COVID", nato per monitorare nel tempo ed assistere i pazienti affetti da reliquati a distanza dell'infezione da Sars-Cov-2.

Nell'insieme, dunque, l'attività ambulatoriale dell'INMI nel 2024 ha continuato a consolidare ed implementare la sua attività produttiva in modo decisamente significativo.

	2024		2023		2022		2021		2020	
AMBULATORI	VISITA	PREST	VISITA	PREST	VISITA	PREST	VISITA	PREST	VISITA	PREST.
UOC MAL. INF. EPATOLOGIA	5.199	0	4.533	0	3.382	0	1.410	0	2.008	0
UOC INF. SISTEMICHE IMMUNODEPRESSO	1.031	0	894	0	858	0	590	0	756	0
UOC IMMUNOIDEFICIENZE VIRALI	13.613	0	11.444	0	10.713	0	11.079	0	7.245	0
UOC MAL. INF. AD ALTA INTENSITA' DI CURA	2.043	0	1.339	0	617	0	334	0	249	45
UOC MAL. INF. DELL'APPARATO RESPIR.	7.064	3.719	4.683	3.262	2.095	3.987	2.000	2.745	2.525	1.304
SERVIZIO DI PSICOLOGIA NELLE MAL. INF.	2.009	0	1.798	0	0	1.684	0	2.135	0	1.869
CENTRO PREVENZIONE CURA INF. IN GRAV.	2.200	0	2.157	0	2.142	0	1.588	0	1.417	0
SERV. CARDIOLOGIA NELLE MAL. INF.	236	854	596	1.380	1.032	1.776	834	1.123	325	507
SERV. DI EMATOLOGIA NELLE MAL. INF.	1.065	0	909	0	794	0	580	0	447	0
SERV. DI DERMATOLOGIA	1.891	823	1.337	669	513	49	582	329	1.205	583
SERV. DI DIETOLOGIA NELLE MAL. INF.	0	171	0	180	0	213	0	65	0	5
SERV. DI OCULISTICA NELLE MAL. INF.	350	3	238	5	194	4	139	1	47	1
SERV. DI FISIOTERAPIA	0	2.860	0	1.893	0	2.121	0	50	0	1.194
TOTALE	36.701	8.430	29.928	7.389	22.340	9.834	19.136	6.448	16.224	5.508

AMBULATORIO MONOCLONALI E ANTIVIRALI	2024	2023	2022	2021
PAZIENTI ACUTI CONTAGIOSI TRATTATI	655	1.426	3.084	954

RADIODIAGNOSTICA	2024	2023	2022	2021	2020
ECOGRAFIE	3.067	3.584	6.150	1.595	2.009
MOC	6.043	5.718	6.850	1.637	2.156
RX	1.511	1.787	1428	357	646
TC	4.144	2317	2530	408	1100
RM	1.972	2082	1935	686	795
VISITE	8	5	0	0	0
TOTALE	18769	17516	20915	6704	8726

La tabella successiva presenta i principali indici di attività del Day Hospital nel quinquennio 2020-2024

DAY HOSPITAL				
ANNO	Casi DH	Accessi totali	Presenza media	Accessi medi per DH
2020	136	755	2,49	5,6
2021	159	1.039	3,42	6,5
2022	177	914	3,02	5,2
2023	184	875	2,91	4,8
2024	212	976	3,21	4,6

SEZIONE 1.03 ATTIVITÀ SCIENTIFICA

L'attività di ricerca costituisce una parte estremamente rilevante nel complesso delle attività dell'Istituto; coordinata dalla Direzione Scientifica, è affidata a due distinti Dipartimenti, Dipartimento Clinico e di Ricerca sulle Malattie Infettive e Dipartimento di Epidemiologia, Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata, ed alle Unità Operative partecipanti al POIT (Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti).

Tale attività si concretizza in quattro tipologie:

- *Ricerca Corrente*
- *Ricerca Finalizzata*
- *Programmi di rete e Progetti di rete*
- *Progetti Europei e Relazioni Internazionali*

Infine, si ritiene utile evidenziare tre settori che hanno visto un particolare impegno dell'Istituto in anni recenti e per i quali si prevede un ulteriore sviluppo delle attività nell'immediato futuro, Ricerca su mpox e infezioni a trasmissione sessuale e Ricerca su ICA/AMR.

Ricerca Corrente

Per quanto concerne la Ricerca Corrente, essa è finanziata annualmente dal Ministero della Salute su base competitiva in funzione dei risultati conseguiti, con particolare riferimento a numero e qualità delle pubblicazioni scientifiche prodotte ed alla qualità delle cure prestate.

Le attività di Ricerca Corrente si concretizzano nelle macro-aree di indagine, rappresentate dalle 4 linee di ricerca attive, approvate periodicamente dal Ministero della Salute e svolte dai tre Dipartimenti dell'Istituto sotto il coordinamento della Direzione Scientifica.

Per quanto riguarda il triennio 2025-2027, il 20 dicembre 2024 il Ministero della Salute ha approvato con apposito Decreto Direttoriale le seguenti quattro linee di ricerca.

Linea 1: Infezioni Emergenti e Salute Internazionale

Descrizione linea di attività. 1) Monitoraggio/sorveglianza epidemiologica delle infezioni emergenti attraverso lo sviluppo di sistemi avanzati di diagnosi/controllo per la precoce identificazione di focolai e il tracciamento della diffusione delle infezioni. 2) Ricerca e sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche per esplorare i meccanismi di patogenicità, trasmissibilità, variabilità genica e resistenza farmacologica dei patogeni emergenti. 3) Collaborazione internazionale attraverso partenariati con istituzioni e partecipazione a reti di ricerca

per la condivisione di conoscenze/risorse nelle sfide sanitarie globali. 4) Consulenza e supporto nella formulazione di politiche e regolamentazioni sanitarie.

Linea 2: HIV, infezioni sessualmente trasmesse e da virus epatitici

Descrizione linea di attività. La linea comprende un'ampia progettazione di ricerca su HIV, IST ed epatiti virali. I progetti saranno articolati su epidemiologia, patogenesi, risposta alla terapia, prevenzione anche farmacologica. Le attività di ricerca sono sviluppate sulla base di un data set clinico che comprende 180 nuove diagnosi di HIV/anno, 6.300 pazienti HIV cronici in FU attivo, 1.800 persone a rischio di trasmissione di HIV in protocolli di profilassi (PrEP e PEP), 750 persone con infezione cronica da virus epatitici (B e D), e 250 trapiantati di fegato. La progettazione dispone di una Unità Studi Clinici, un Centro di epidemiologia di riferimento regionale e Laboratori di virologia e immunologia dedicati.

Linea 3: Resistenza antimicrobica e Infezioni Correlate all'Assistenza

Descrizione linea di attività. La linea è dedicata allo studio della resistenza agli antimicrobici (AMR) e delle sue correlazioni con le infezioni associate all'assistenza sanitaria. Con l'obiettivo di studiare i diversi aspetti del fenomeno AMR si svilupperanno: studi di caratterizzazione molecolare degli isolati, dei fattori di virulenza, dei meccanismi di resistenza e valutazione dei nuovi metodi rapidi molecolari di studio delle farmacoresistenze utilizzando anche un approccio WGS; valutazione di strategie per ottimizzare l'uso degli antimicrobici nelle infezioni gravi e nelle situazioni tempodipendenti; implementazione di programmi integrati di sorveglianza ambientale ed umana in un ottica One Health.

Linea 4: Tubercolosi e micobatteriosi non tubercolari

Descrizione linea di attività. Questa linea di ricerca include cinque progetti. Il primo è epidemiologico, studia l'epidemiologia molecolare del M. tuberculosis (Mtb) e dei micobatteri non tubercolari (NTM), stima l'incidenza della malattia polmonare causata da NTM (NTM-LD) e la prevalenza della infezione tubercolare (TBI) in gruppi selezionati. Il secondo studia l'immunopatogenesi di TB e NTM, e farmaci con potenzialità di terapie dirette all'ospite. Il terzo valuta il ruolo dell'autofagia in TB come strategia per migliorare la risposta innata. Il quarto si focalizza sull'ottimizzazione delle terapie per la TB multiresistente (MDR-TB). Il quinto tratta gli aspetti immunopatogenetici, clinici e diagnostici di NTM-LD.

I progetti di ricerca afferenti alle linee sono in corso di definizione

Nel corso del 2024 è giunto a conclusione il complesso delle attività svolte nell'ambito delle linee di ricerca attive nel triennio 2022 – 2024, che sono le seguenti:

Linea 1: Studio dei patogeni ad alto impatto sociale: emergenti, da importazione, multi-resistenti, negletti.

Questa linea comprende: Studio dei patogeni ad elevato impatto sanitario e sociale, emergenti o rari, di difficile diagnosi o multiresistenti (MDR) ed associati all'assistenza (ICA): include la loro caratterizzazione biologica e molecolare, indagini sugli aspetti patogenetici ed in particolare di quelli immunitari, la messa a punto di nuovi metodi diagnostici anche con approccio metagenomico. Sorveglianza e controllo delle infezioni, preparedness per le epidemie e supporto alle attività internazionali. Studio delle infezioni tropicali, neglette e malattie del viaggiatore (in particolare malaria, malattia di Chagas, infezioni da *Echinococcus granulosus*, borreliosi).

Linea 2: Epidemiologia, patogenesi e clinica della infezione da HIV per strategie terapeutiche innovative, modelli di risposta vaccinale e modelli di cura funzionale.

Questa linea prevede un'ampia progettazione di ricerca sulla malattia da HIV, inerente la patogenesi, la clinica, la terapia, l'epidemiologia e la prevenzione dell'infezione. Gli obiettivi strategici sono volti a definire le nuove caratteristiche dell'epidemia, outcome terapeutici innovativi, modelli di analisi validi per studi di cura funzionale. Le attività di ricerca traslazionale sono sviluppate sulla base di un'organizzazione clinico-assistenziale che raccoglie circa 6.200 pazienti HIV-positivi cronici in follow-up attivo, una Unità Studi Clinici con specifiche competenze, un Centro di epidemiologia di riferimento regionale e Laboratori di virologia e immunologia di eccellenza.

Linea 3: Epatopatie virali: analisi dei fattori virali e dell'ospite coinvolti nella cronicizzazione/risoluzione della infezione da virus epatitici e studio dei fattori prognostici di risposta alle nuove terapie antivirali.

La linea di ricerca si articola in tre progetti. Il primo si focalizza sulla variabilità genetica dei virus epatitici effettuata sia con metodi convenzionali che con NGS al fine di identificare polimorfismi associabili a maggiore virulenza. La messa a punto di sistemi di colture in vitro renderà possibile lo studio della efficacia di nuovi farmaci. Il secondo progetto è imperniato sullo studio delle alterazioni di processi, come quello autofagico e di riprogrammazione epatocitaria, coinvolti in patologie quali la cirrosi, epatocarcinoma. Il terzo progetto è volto allo studio dell'efficacia di nuovi farmaci antivirali anti HBV e HDV con particolare attenzione a popolazioni speciali.

Linea 4: Tubercolosi: sviluppo e validazione di nuove strategie e nuovi strumenti di controllo.

Questa linea di ricerca si articola in cinque progetti. Il primo mira all'analisi epidemiologica della tubercolosi (TB) e dei suoi determinanti, focalizzandosi sui gruppi a rischio. Il secondo è finalizzato all'identificazione di biomarcatori di rischio di progressione a malattia e risposta alla terapia. Il terzo è focalizzato sullo studio della patogenesi della TB, includendo anche lo studio del ruolo dell'autofagia, per definire strategie per potenziare la risposta immune innata. Il quarto progetto mira all'ottimizzazione delle strategie terapeutiche per la TB, inclusa la multiresistente. Il quinto valuta l'impatto di COVID-19 sulla TB in ambito clinico ed immunologico.

La valutazione dei risultati ottenuti dalle Linee di Ricerca Corrente, con riferimento prioritario alla valutazione della Produzione Scientifica, viene effettuata annualmente dal Ministero della Salute secondo criteri definiti dallo stesso Ministero e recepiti come linee di indirizzo nella programmazione delle attività di pubblicazione dell'Istituto stesso.

Nel corso del 2024 l'attività di ricerca svolta nell'ambito delle 4 Linee di Ricerca Corrente, ed in corso di rendicontazione, ha portato alla pubblicazione, al 31/12/2024, di 161 articoli scientifici su riviste internazionali con un Impact Factor Normalizzato (IFN) di circa 770 punti, calcolato secondo i criteri fissati dalla Commissione nazionale per la ricerca sanitaria per gli IRCCS, e con un coinvolgimento di oltre 200 professionisti interni all'Istituto di cui 79 con almeno 4 lavori pubblicati nel periodo preso in esame.

Nella tabella di seguito riportata viene illustrato l'andamento della Produzione Scientifica istituzionale nell'ultimo triennio. Va precisato che i dati relativi al 2024 sono da intendersi provvisori e suscettibili di variazione, anche in funzione delle valutazioni che saranno effettuate dal Ministero della salute.

ANNO	2022	2023	2024*
	n. articoli (%)	n. articoli (%)	n. articoli (%)
1° quartile + 2° quartile	172 (92,5%)	159 (94,6%)	148 (91,9%)
3° quartile + 4° quartile	14 (7,5%)	9 (5,4%)	13 (8,1%)
TOTALE	186	168	161

* dati provvisori

Il numero di pubblicazioni prodotte resta sostanzialmente stabile nel triennio preso in esame ma, se paragonato al triennio precedente la pandemia da COVID-19, risulta aumentato sia in termini di numero totale (2017: 180, 2018:148, 2019:149) che medio delle pubblicazioni (477 vs 515; 159 vs 171,6) con un incremento pari a circa l'8%.

Inoltre, come illustrato nella tabella , la produzione scientifica dell'INMI viene pubblicata in oltre il 90% dei casi, e stabilmente nel tempo, in periodici che si collocano in primo e secondo quartile / sopra la mediana di impact factor, cioè in periodici di alto valore scientifico.

Al contempo, la tabella che segue evidenzia come prosegua anche nel 2024 la tendenza alla diminuzione dei valori di Impact Factor Grezzo e Normalizzato complessivi. Tale fenomeno non è legato al numero di pubblicazioni prodotte che, come abbiamo visto sopra, è sostanzialmente stabile, ma dipende dalla diminuzione dei valori di Impact Factor Grezzo dei periodici scientifici, in particolar modo quelli infettivologici. Nel calcolo dell'IFG delle singole riviste ha, infatti, iniziato ad avere minor peso l'esplosione quantitativa della letteratura scientifica legata alla pandemia e delle citazioni bibliografiche collegate e, di conseguenza, si assiste ad una progressiva diminuzione dei valori di IF, sia grezzo che normalizzato, che stanno tornando verso i livelli ante Covid-19.

ANNO	2022	2023	2024*
N. Pubblicazioni su riviste indicizzate	186	168	161
Impact Factor Grezzo	1.934,50	1.588,90	~850
Impact Factor Normalizzato	1.360,1	1.117,86	~770

* dati provvisori

Infine, 12 ricercatori dell'Istituto sono stati inclusi nella lista dei “Top Italian Scientists” che comprende gli studiosi le cui ricerche sono maggiormente citate nella letteratura scientifica (indice H superiore a 45). [Google Scholar]

Ricerca Finalizzata

La ricerca sanitaria pubblica è finanziata con le risorse iscritte nel bilancio del Ministero della Salute, destinate a supportare le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in base a obiettivi di miglioramento dell'assistenza, delle cure e dei servizi sanitari, i cui livelli sono disciplinati dalle norme base del decreto legislativo 502/1992 (Articolo 12 bis, comma 3, del Decreto legislativo 502/1992, come rinnovellato dal Decreto legislativo 229/1999).

Elemento caratterizzante della ricerca finalizzata è l'orientamento a risultati direttamente trasferibili al SSN (ricerca traslazionale progetti afferenti all'area biomedica e clinico assistenziale, la cui ricaduta e l'obiettivo ultimo sono la centralità della persona e i bisogni di salute dei cittadini).

I progetti di ricerca sono presentati da operatori del SSN, hanno durata triennale, e sono caratterizzati da un esplicito orientamento applicativo e dall'ambizione di fornire le informazioni utili ad indirizzare le scelte degli operatori del SSN medesimo, dei pazienti e dei cittadini. Questa

impostazione, se da una parte esclude dall'attenzione di questo bando progetti di ricerca di base, dall'altra lascia invece spazio ad iniziative progettuali di ricerca biomedica innovativa, che prevedano una fase di ricerca pre-clinica, una fase di studi di applicazione di quanto prodotto, una fase di verifica/validazione sul paziente di quanto identificato nella parte preclinica.

Infatti, i progetti sono connotati dalle seguenti finalità:

- sviluppare procedure innovative e nuove conoscenze utili al miglioramento delle opportunità di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione anche attraverso studi e sperimentazioni di carattere clinico (progetti finalizzati all'acquisizione di nuove conoscenze – “theory-enhancing” – biomedici);
- valutare la sicurezza, efficacia, rapporto costo-efficacia, di trattamenti/tecnologie/interventi sanitari per cui sussistano significativi margini di incertezza relativamente agli aspetti menzionati, anche con studi clinici di fase 3 e 4 (ricerca applicata – “change-promoting” – clinico-assistenziali);
- valutare i fattori professionali, organizzativi e di sistema che condizionano efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e/o l'impatto sulla qualità di innovazioni cliniche, organizzative, gestionali e di finanziamento; sviluppo ed applicazione di metodologie e strumenti per migliorare la comunicazione con i cittadini ed i pazienti e per promuoverne la partecipazione; studi finalizzati ad analizzare i bisogni assistenziali delle fasce sociali più deboli sotto il profilo sociale ed economico e le risposte assistenziali dei servizi (ricerca applicata – “change-promoting” – clinico-assistenziali);
- sviluppare studi rilevanti per la sanità, il benessere animale e la sicurezza alimentare (ricerca applicata – “change-promoting” o progetti finalizzati all'acquisizione di nuove conoscenze – “theory-enhancing”);
- sviluppare studi rilevanti sulle patologie di origine ambientale, sulla sicurezza negli ambienti di lavoro e sulle patologie occupazionali (ricerca applicata – “change-promoting” o progetti finalizzati all'acquisizione di nuove conoscenze – “theory-enhancing”).

Sono in corso n.10 progetti di Ricerca Finalizzata presentati da ricercatori dell'Istituto e finanziati dal Ministero della Salute. Nell'ultimo trimestre dell'anno 2024 il Ministero ha emesso il bando per assegnare i progetti di ricerca finalizzata per il prossimo triennio per il quale l'Istituto ha partecipato presentando n. 21 progetti.

Progetti CCM

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) è stato istituito con la legge 26 maggio 2004, n. 138, quale organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza e prevenzione e di risposta alle emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e diffuse.

Il CCM opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, gli Istituti Zooprofilattici sperimentali, le Università, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le altre strutture di ricerca pubbliche e private, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e con l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), e agisce con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministero della Salute.

L'Istituto partecipa a vari progetti nell'ambito delle linee di intervento identificate nei programmi CCM, e precisamente sono attivi n.10 progetti di ricerca.

Programmi e Progetti di Rete

La capacità di creare network e lavorare in rete collaborando con altre strutture del SSN o enti di ricerca è considerata di rilevante valore aggiunto per la qualità dei risultati della ricerca biomedica, in quanto il collegamento tra gli Istituti coinvolti facilita lo scambio di buone pratiche, dati e conoscenze scientifiche a supporto del miglioramento dei servizi assistenziali stessi.

I programmi di rete (NET) hanno lo scopo di creare gruppi di ricerca e innovazione (partenariati) per lo sviluppo di studi altamente innovativi e caratterizzati dall'elevato impatto sul SSN. Tali programmi sono finalizzati a soddisfare le esigenze di programmazione regionale e di sviluppo dei servizi per il miglioramento dell'assistenza e delle cure offerte, e sono cofinanziati dal Ministero della Salute e dalla Regione. I programmi sono svolti da consorzi di ricerca articolati in non meno di tre e non più di otto work packages e hanno come capofila un ente del SSN, che svolge le funzioni di coordinamento. L'Istituto partecipa a iniziative di rete attraverso progetti quali NET 2018, RIN 2020.

Progetti Europei e Relazioni Internazionali

L'Istituto partecipa a programmi di ricerca europei sulle infezioni emergenti, sulla tubercolosi, sulle diagnosi di microorganismi inusuali ed emergenti, sulla gestione delle strutture di isolamento, ed è coinvolto in numerosi progetti di ricerca e reti di eccellenza dell'Unione Europea.

L'Istituto partecipa a: studi clinici internazionali, anche con responsabilità di coordinamento a livello nazionale, in particolare sulla terapia dell'infezione da HIV; a programmi di potenziamento dei servizi sanitari e di ricerca biomedica in paesi in via di sviluppo.

Attualmente risultano attivi n.12 progetti finanziati da programmi di Horizon 2020, Horizon Europe, JPIAMR quarto programma quadro.

Progetti con finanziamenti PNNR

L'INMI è impegnato nei seguenti progetti di ricerca finanziati con fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), essendo risultato vincitore dei rispettivi bandi a cascata:

MINISTERO DELLA SALUTE – Missione 6 – componente 2, investimento 2.1 “valorizzazione e potenziamento della ricerca, biomedica del SSN”, progetto: Malattie Croniche non trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali dal titolo “Identifying new molecular signatures and actionable factors to tackle recurrence and metastases in skin and head and neck squamous cell carcinomas”

MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA - Missione 4 - Componente 2 - Investimento 1.3 “Creazione di partenariati estesi alle università, ai centri di ricerca, alle aziende per il finanziamento di progetti di ricerca di base”, progetto: “Severe Infections and Sepsis clinical NETwork for identification of clinical and diagnostic Markers, immunological monitoring and “Target and tailored” therapies for adults, children and patients admitted to intensive care units -SIS-NET”.

MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA - Missione 4 - Componente 2 - Investimento 1.3 “Creazione di partenariati estesi alle università, ai centri di ricerca, alle aziende per il finanziamento di progetti di ricerca di base”, progetto: “Unraveling the Molecular and Immunologic Mechanisms of Intrahost Persistence in Emerging and ReEmerging Arboviral Infections” – GENESIS.

MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA - Missione 4 - Componente 2 - investimento 1.4 “Potenziamento strutture di ricerca e creazione di “campioni nazionali” di R&S su alcune Key Enabling Technologies” – progetto: Wastewater Virome Analysis for Environmental Surveillance at hospital building level – WAVES. Per questo progetto INMI è Capofila.

La Biobanca dell'INMI ha partecipato, nell'ambito del progetto PNRR “Strengthening BBMRI”, a due call promosse dal progetto PNRR di rafforzamento del nodo nazionale italiano

di BBMRI ewd è stata una delle 7 Biobanche su territorio nazionale ad essere finanziata al 100% su entrambi i progetti che nello specifico erano le seguenti:

Call 1 –Strengthening BBMRI.IT open call “Update of BBMRI Directory and Biobank Catalogue”: che prevedeva la creazione/aggiornamento di una Directory e di un catalogo della Biobanca (sempre nell’ambito del circuito BBMRI di cui siamo partner da tempo)

Call 2 –Strengthening BBMRI.IT open call “Empowering the Common Service ELSI” per iniziare il percorso per il Common Service ELSI (l’obiettivo generale è la creazione di strumenti digitali innovativi volti a rafforzare l’ELSI ovvero Ethical-Legal-Societal Issues).

Per ricevere il finanziamento la nostra amministrazione ha effettuato l’iscrizione a MEPA, piattaforma digitale riconosciuta da Consip, e sta finalizzando l’affidamento come formatore di formatori.

Inoltre, a Banca Biologica del nostro Istituto ha iniziato un percorso di miglioramento dei propri processi con l’adeguamento alle indicazioni internazionali per la gestione del consenso informato e la certificazione secondo ISO 20387.

Ricerca su mpox e infezioni a trasmissione sessuale

La recente emergenza di mpox come malattia a trasmissione sessuale in paesi dove il suo agente causale (Monkeypox virus) non era endemico, inclusa l’Italia, ha visto l’Istituto in prima linea nel condurre studi di tipo clinico-epidemiologico, virologico e sull’efficacia dei vaccini, che hanno prodotto pubblicazioni di grande rilievo, anche in collaborazione con reti cliniche internazionali. A partire da questi studi si è andata potenziando l’attività relativa alle malattie a trasmissione sessuale, in stretta correlazione con le ricerche su epidemiologia e prevenzione di HIV incluse nella linea 2 della ricerca corrente (vedi sopra). Su questi temi si intende incrementare l’attività di ricerca nei prossimi anni.

Ricerca su infezioni correlate all’assistenza e resistenza agli antimicrobici

Le infezioni correlate all’assistenza medica (ICA) e la resistenza ai farmaci antimicrobici ed in particolare agli antibiotici (AMR), sono tra le principali sfide che si troveranno ad affrontare i sistemi sanitari nel prossimo futuro. La ricerca sugli strumenti per contrastare questi fenomeni assume quindi un ruolo centrale nell’ambito delle ricerche sulle malattie da infezione. L’Istituto ha intrapreso un’azione di potenziamento della ricerca in quest’area, in parallelo al potenziamento dell’offerta assistenziale, a partire dalla costituzione di un gruppo interdipartimentale (coordinato dalla direttrice

della UOC Microbiologia e dalla direttrice della UOC Infezioni sistemiche) che si occuperà della definizione e del coordinamento dei diversi progetti su questi temi.

Attualmente è attivo il progetto di rete “NET-2018-12366982 - Research Strategies for implementing Antimicrobial Stewardship: Health Communication, Diagnostic-Therapeutic Interventions and Cost-Effectiveness Analysis” che dovrebbe completarsi entro agosto 2025, ed è stata firmata la convenzione con il Ministero della salute per il progetto “Network collaborativo a carattere nazionale per la realizzazione di un modello adattivo clinico-gestionale per l'implementazione e la valutazione di programmi di ottimizzazione dell'uso dei farmaci antimicrobici (Antimicrobial Stewardship) - Fase 1 e 2” che è iniziato a gennaio 2024 ed ha una durata prevista di sei anni.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" si impegna a creare valore pubblico attraverso un approccio strategico che coniuga eccellenza scientifica, sostenibilità e innovazione nella gestione della sanità pubblica. Tra le priorità individuate vi sono il consolidamento delle attività di ricerca e trasferimento tecnologico, con particolare attenzione all'ambito delle malattie infettive emergenti e alla formazione di competenze specialistiche mediante il Centro di Formazione Permanente in Sanità, istituito presso l'Istituto dalla Regione Lazio. L'istituto mira, inoltre, a garantire un'efficace governance delle risorse, rafforzando i sistemi di controllo di gestione e valorizzando il capitale umano, in un'ottica di trasparenza e accountability.

L'IRCCS L. Spallanzani ha avviato diversi progetti finalizzati a capitalizzare l'esperienza fatta in emergenza e sistematizzare i risultati ottenuti tenendo conto dei problemi emersi e già affrontati, al fine di migliorare continuamente i propri servizi e creare valore pubblico anche attraverso la digitalizzazione. Ad esempio, il progetto di implementazione dei sistemi di teleconsulto e teleassistenza domiciliare ha visto l'uso della piattaforma ADVICE per fornire supporto regionale alle strutture sanitarie coinvolte nel processo di diagnosi e cura. Questo progetto ha incluso la revisione delle procedure informatiche, la formazione del personale e l'adozione di strumenti di collaborazione per migliorare la comunicazione tra i soggetti coinvolti. Inoltre, l'INMI ha svolto un ruolo fondamentale nella gestione dell'emergenza COVID-19, estendendo l'attività di teleconsulto a tutti i PS/DEA della Regione Lazio e fornendo supporto per la valutazione e gestione dei casi sospetti. Questo ha permesso di migliorare la qualità e la tempestività dei servizi offerti, riducendo al contempo il rischio di contagio. La digitalizzazione consente, inoltre, di migliorare le attività di supporto. L'informatizzazione dei processi, se fatta in ottica di reingegnerizzazione, porta a un miglioramento della qualità e della tempestività dei servizi, aumentando la standardizzazione dei processi amministrativi e la trasparenza.

Nell'ambito della presa in carico del paziente, lo Spallanzani ha istituito il Team Operativo Ospedaliero (TOH) per garantire un approccio multidisciplinare e coordinato nella gestione dei casi clinici complessi. Inoltre, ha implementato percorsi Fast Track per i pazienti con HIV, assicurando diagnosi e trattamenti tempestivi e riducendo i tempi di attesa. Queste iniziative sono supportate da collaborazioni con diverse istituzioni e associazioni, tra cui l'Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà (INMP), la Croce Rossa Italiana, la Fondazione Villa Maraini, la Comunità di Sant'Egidio e la Cooperativa Sociale MediHospes. Tali partnership mirano a consolidare un sistema territoriale

integrato che fornisca servizi sociosanitari efficaci e tempestivi, promuovendo la prevenzione delle malattie infettive e migliorando la qualità della vita delle popolazioni vulnerabili.

Attraverso queste direttrici strategiche, lo Spallanzani mira a consolidare il suo ruolo come punto di riferimento nazionale e internazionale, generando benefici tangibili per la comunità e contribuendo al progresso della sanità pubblica.

SEZIONE 2.01 PERFORMANCE

Come da D.Lgs. 150/2009, le amministrazioni pubbliche sviluppano il ciclo di gestione della performance, articolato in varie fasi.

Le fasi principali del Ciclo di gestione annuale della performance sono le seguenti:

- a. Individuazione delle aree e degli obiettivi strategici da parte della Direzione aziendale, in attuazione della propria vision e a recepimento delle linee programmatiche dettate a livello regionale;
- b. Attivazione del processo annuale di budgeting, ossia delle fasi di negoziazione fra Direzione strategica (Comitato budget) e singoli Centri di Responsabilità (CdR) circa gli obiettivi operativi cui puntare per il conseguimento delle strategie aziendali;
- c. Monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa nel corso dell'esercizio di riferimento;
- d. Misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance organizzative conseguite nell'anno e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali.

Gli obiettivi generali, che concorrono alla definizione di priorità strategiche in relazione alle attività e ai servizi erogati, vengono poi declinati in obiettivi specifici dall'Istituto, tenendo presente le direttive adottate nel "Piano della performance". L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verifica l'andamento della performance rispetto agli obiettivi identificati, segnalando gli opportuni correttivi qualora fosse necessario.

L'Istituto si articola attualmente in 2 Dipartimenti - "Clinico e di Ricerca delle Malattie Infettive", ed "Epidemiologia Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata" - gestiti direttamente dall'INMI, e di un Dipartimento Interaziendale Trapianti (POIT), gestito in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini. Tutti i dipartimenti sono articolati in Unità Operative Complesse (U.O.C), Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) ed Unità Operative Semplici (U.O.S.).

L'Istituto L. Spallanzani recependo le direttive indicate dalla Regione Lazio, ha individuato, i seguenti obiettivi:

- Potenziamento delle attività proprie dell'INMI quale riferimento per la Rete Regionale delle Malattie Infettive nonché quale riferimento regionale e nazionale per la diagnostica avanzata di Laboratorio e l'assistenza delle malattie infettive ad alto isolamento e contagiosità. In particolare, l'INMI si propone la realizzazione di un nuovo Polo per la Ricerca, a completamento ed integrazione dell'edificio di Alto Isolamento. La progettualità prevede,

oltre l'attivazione di un nuovo Laboratorio BSL4, anche la realizzazione di nuovi laboratori dedicati alla ricerca. La nuova struttura integrata consentirà, oltre al potenziamento dell'edificio di Alto Isolamento già esistente, la possibilità di gestire prontamente e con le più innovative strumentazioni le emergenze biologiche. Il nuovo Polo consentirà, inoltre, la riorganizzazione funzionale degli spazi esistenti al fine di potenziare l'attività di diagnostica avanzata delle malattie infettive e il progetto di Antimicrobial Stewardship.

- Progresso della ricerca e mantenimento dei requisiti ministeriali per il riconoscimento dello status di IRCCS. La fitta rete di collaborazioni con le Università e altre istituzioni di ricerca rappresenta un elemento chiave per il raggiungimento di questo obiettivo. Nel dettaglio, il conseguimento del risultato prevede:
 - L'implementazione delle Core Facilities, considerate fondamentali per la creazione di ecosistemi di ricerca collaborativi, nell'ottica dell'Open Innovation e della divulgazione dei risultati scientifici raggiunti;
 - Lo sviluppo del Management della Ricerca e il potenziamento degli strumenti di gestione dei finanziamenti, con l'obiettivo di migliorare l'attrattività dell'Istituto, la capacità di spesa e la rendicontazione dei progetti.
- Sviluppo dell'attività formativa del Centro di Formazione Permanente in Sanità. Con Delibera di Giunta Regionale n.178 del 28 marzo 2024 è stato istituito il *Centro di Formazione Permanente in Sanità*, finalizzato a rispondere alle esigenze formative comuni del Servizio Sanitario Regionale (SSR), promuovendo, nel contempo, concetti cardini come efficacia, efficienza ed economicità. La gestione del Centro è stata affidata all'INMI "Lazzaro Spallanzani" IRCCS, il quale ha il compito di sviluppare iniziative di formazione avanzata per il personale sanitario, garantendo il continuo aggiornamento delle competenze in un contesto di rapida evoluzione medica, tecnologica e normativa. La centralizzazione dell'offerta formativa, mira ad assicurare uniformità e promozione di programmi innovativi come la formazione in simulazione. L'obiettivo strategico che si configura per l'INMI è realizzare, grazie a questo approccio integrato, un'attività di formazione di alta qualità, coprendo tutte le fasi: dalla progettazione dei contenuti alla valutazione dei risultati, ottimizzando risorse e garantendo economie di scala. Le attività formative proposte, come ad esempio il Corso di Middle Management, sono state e saranno sviluppate in armonia con la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. Il Centro vuole offrire una vasta gamma di programmi quali corsi di aggiornamento, seminari, workshop, master, e altre iniziative formative su temi specifici come nuovi trattamenti, tecnologie emergenti, etica

medica, gestione sanitaria, ecc. Tutto affinché le Aziende del SSR possano sempre essere in grado di garantire un'assistenza di alta qualità ai pazienti.

- Incremento delle attività atte alla prevenzione e al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e di contrasto all'Antibiotico Resistenza, anche alla luce del ruolo riconosciuto all'INMI con la determinazione della GSA – Regionale Lazio n. G14519 del 31/10/2024 di istituzione della Cabina di Regia per il governo regionale del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", del Gruppo Tecnico di Coordinamento (GTC) e di individuazione dei Laboratori di Riferimento Regionali.
- Potenziamento dell'attività sanitaria attraverso l'attività ospedaliera di ricovero, ambulatoriale e di continuità assistenziale per le persone con patologie infettive. In tale contesto si delinea l'evoluzione del POIT, il Progetto di Gestione Integrata delle Infezioni Chirurgiche e di Interesse Chirurgico, *in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini*, che pone l'INMI in una condizione di Polo di riferimento per la ricezione di una tipologia di malato soggetto a condizioni cliniche tali da dover essere monitorato e curato in un ambiente specializzato e, da un punto di vista logistico strutturale, preparato ed efficiente.
- Riconoscimento dell'Istituto come un "Istituto di Relazione" dalla comunità di riferimento. Il raggiungimento di questo obiettivo strategico implica lo sviluppo di un'organizzazione orientata a potenziare l'attività clinica e assistenziale, migliorando sia la qualità dei servizi offerti sia la percezione che la comunità ha di essi. Essere un "Istituto di Relazione" significa instaurare un dialogo continuo e trasparente con pazienti, famiglie e stakeholder, promuovendo fiducia, empatia e una maggiore partecipazione alla cura. L'obiettivo è rafforzare il ruolo dell'Istituto non solo come polo sanitario di eccellenza, ma anche come punto di riferimento per la costruzione di relazioni di valore con la comunità e per l'integrazione sociosanitaria.
- Gestione efficace ed efficiente dei finanziamenti vincolati ai lavori ed interventi di ristrutturazione, anche di media e pesante intensità, del Patrimonio Immobiliare dell'Istituto, già in corso o programmati per il triennio 2025-2027. A tale scopo è stata individuata con deliberazione n. 531 del 21/10/2024 la Cabina di Regia Investimenti con la funzione di migliorare la pianificazione e l'organizzazione delle attività correlate alla gestione dei lavori ed interventi di manutenzione straordinaria degli immobili, al fine di evitare interferenze con l'attività sanitaria, garantendone la piena continuità.

- Efficientamento della spesa per beni e servizi al fine di assicurare il rispetto del Budget assegnato, nonché l'equilibrio economico finanziario dell'Istituto.
- Attuazione del PAC (Percorso Attuativo della Certificabilità), attraverso la supervisione ed il monitoraggio dell'*Internal Auditor*. Tale percorso è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del Bilancio dell'Istituto.
- Incremento della protezione delle informazioni che l'Istituto detiene tramite l'applicazione di controllo informatico strettamente connesso all'attività di Cyber Security, al fine di tutelare e preservare lo stesso da manipolazioni o attacchi esterni
- Obiettivi concernenti la gestione e la valorizzazione del personale. Altro obiettivo strategico chiave per l'Istituto è la gestione e la valorizzazione del capitale umano, riconosciuto come risorsa fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi e la creazione di valore pubblico. Nel triennio 2025 – 2027 sono previsti interventi mirati che si articolano nei seguenti ambiti:
 - Formazione continua e aggiornamento professionale: promuovere programmi strutturati di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale, con un focus su competenze tecniche, digitali e trasversali. In particolare, saranno valorizzate le opportunità di apprendimento in ambito clinico, scientifico e manageriale, anche attraverso la partecipazione a corsi, workshop e progetti di formazione finanziati.
 - Clima organizzativo e comunicazione interna: monitorare e migliorare il clima organizzativo rafforzando i canali di comunicazione interna per favorire una condivisione chiara e tempestiva delle informazioni, creando un senso di appartenenza e coinvolgimento.
 - Innovazione tecnologica per la gestione delle risorse umane: digitalizzare i processi di gestione del personale, introducendo strumenti avanzati per la pianificazione, la valutazione e la formazione. L'uso di tecnologie innovative consentirà di monitorare con maggiore precisione le competenze disponibili e i bisogni formativi, rendendo i processi più efficienti e trasparenti.

Le aree strategiche e la gestione della performance aziendale

Le aree strategiche individuate dall'Istituto rappresentano i principali outcome perseguiti, ottenuti attraverso un approccio trasversale che coinvolge le diverse aree dipartimentali e i settori

della ricerca sperimentale in modo integrato e coordinato. In coerenza con le finalità istituzionali (mission) e gli obiettivi pluriennali nazionali e regionali, la Vision direzionale per il triennio 2025-2027 si focalizza su cinque aree strategiche principali:

- Ricerca Scientifica e Innovazione
- Formazione e Sviluppo delle Competenze
- Governance e Sostenibilità
- Cura e Centralità del Paziente
- Prevenzione e Salute Pubblica

L'Istituto adotta il Ciclo di gestione della performance seguendo il modello dell'“albero della performance”, che mappa le relazioni tra aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Questo approccio non solo garantisce il perseguimento degli obiettivi strategici attraverso le performance organizzative e individuali, ma fornisce anche un punto di riferimento chiaro per la responsabilizzazione dei dipendenti.

Gli obiettivi che verranno assegnati alle Unità Operative per il triennio 2025-2027, includeranno indicatori misurabili e certificabili. Le schede di Budget adottato dall'Istituto dettagliano i valori attesi, i valori minimi, i pesi assegnati e le fonti informative per il monitoraggio. La verifica e il monitoraggio degli obiettivi avvengono attraverso una programmazione continua che include reporting trimestrale, monitoraggio delle performance, e una rendicontazione finale validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Nell'ambito della gestione delle performance aziendali, la tabella sinottica degli indicatori rappresenta uno strumento essenziale per assicurare una visione chiara, sintetica e integrata delle aree strategiche dell'Istituto. Essa consente di:

- **Mappare in modo organico gli obiettivi strategici** associati a ciascuna area prioritaria, garantendo un allineamento tra le finalità istituzionali, le risorse disponibili e le attività operative.
- **Monitorare in maniera sistematica i risultati ottenuti**, attraverso indicatori quantitativi e qualitativi che misurano l'efficacia delle azioni intraprese.
- **Fornire una base per il confronto periodico dei progressi**, sia a livello strategico che operativo, facilitando il processo decisionale e la rendicontazione verso gli stakeholder interni ed esterni.
- **Promuovere la trasparenza e la responsabilizzazione** a tutti i livelli organizzativi, evidenziando in modo chiaro i target di performance attesi e i relativi stati di avanzamento.

La tabella sinottica degli indicatori è strutturata in modo tale da garantire una rappresentazione integrata e dettagliata delle principali aree strategiche identificate dall’Istituto. Per ciascuna area strategica, vengono specificati:

- **Gli obiettivi di performance:** traguardi chiave da perseguire nel triennio di riferimento.
- **Gli indicatori:** parametri misurabili e verificabili utilizzati per valutare il progresso verso il raggiungimento degli obiettivi.
- **Le fonti informative:** strumenti e piattaforme utilizzati per il monitoraggio e la raccolta dei dati.
- **La frequenza di monitoraggio:** tempistiche con cui vengono raccolte e analizzate le informazioni relative agli indicatori.

L’adozione di tale schema sinottico permette non solo di assicurare una gestione olistica delle performance aziendali, ma anche di promuovere una maggiore consapevolezza e condivisione degli obiettivi da parte di tutti i soggetti coinvolti, dai livelli direzionali fino ai singoli operatori.

Segue, quindi, la **Tabella Sinottica degli Indicatori di Performance** elaborata per il triennio 2025-2027, che sintetizza le priorità strategiche dell’Istituto e rappresenta una guida operativa per il conseguimento dei risultati prefissati.

Tabella sinottica degli indicatori di performance

Area Strategica	Obiettivi di Performance	Indicatori	Fonte Informativa	Frequenza di Monitoraggio
Ricerca Scientifica e Innovazione	Rafforzamento della capacità di attrarre finanziamenti; pubblicazioni su riviste ad alto impatto; creazione di Core Facilities.	Numero di progetti finanziati; Impact Factor medio delle pubblicazioni; Numero di collaborazioni scientifiche.	Database di gestione della ricerca; report scientifici.	Trimestrale.
Formazione e Sviluppo Competenze	Incremento delle competenze digitali e trasversali; coinvolgimento dei dipendenti in attività formative di aggiornamento professionale.	Percentuale di dipendenti coinvolti in attività formative; Tasso di completamento dei percorsi formativi; Grado di soddisfazione dei partecipanti.	Sistema di gestione della formazione; questionari di feedback.	Semestrale.

Area Strategica	Obiettivi di Performance	Indicatori	Fonte Informativa	Frequenza di Monitoraggio
Governance e Sostenibilità	Efficientamento energetico; trasparenza amministrativa; sostenibilità economica.	Variazione del consumo energetico per metro quadro; Indice di trasparenza dei processi; Risultato economico netto; Scostamenti di Budget; Rispetto dei tempi medi di pagamento.	Report tecnici; Bilancio economico e preventivo.	Annuale.
Cura e Centralità del Paziente	Riduzione dei tempi di attesa; miglioramento dell'esperienza del paziente; presa in carico integrata.	Tempo medio di attesa per prestazioni ambulatoriali; Percentuale delle prestazioni erogate nel rispetto dei tempi previsti; Numero di percorsi Fast Track attivati (es. HIV).	Sistema di gestione pazienti; sondaggi di gradimento.	Trimestrale.
Prevenzione e Salute Pubblica	Ampliamento delle campagne vaccinali; potenziamento delle attività di teleconsulto e assistenza domiciliare.	Percentuale di popolazione coperta da campagne vaccinali; Numero di teleconsulti effettuati.	Sistemi regionali di monitoraggio; Piattaforma ADVICE.	Trimestrale.

Ruoli chiave nel Ciclo della Performance

L'attuazione del ciclo della performance coinvolge numerosi attori:

- Direzione strategica: Definisce le linee di indirizzo e supervisiona l'intero processo.
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV): Garantisce la correttezza metodologica, valuta coerenza e risultati strategici, e valida la Relazione annuale sulla performance.
- Struttura Tecnica Permanente (STP): Supporta l'OIV e coordina le attività di Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione.
- Direttori di Unità Operative: Responsabilizzati nel raggiungimento degli obiettivi assegnati, coordinano gli apporti individuali dei collaboratori.

L'integrazione di obiettivi strategici, monitoraggio continuo e responsabilizzazione organizzativa permette all'Istituto di perseguire le proprie finalità istituzionali in maniera coerente, trasparente ed efficace.

SEZIONE 2.02 GENDER EQUALITY PLAN

L'uguaglianza di genere è l'obiettivo ambizioso di raggiungere pari opportunità, status, diritti e pari accesso alle risorse e ai servizi. Questa è chiamata equità di genere, il che significa che tutti, uomini e donne, dovrebbero essere trattati in modo equo.

L' "equità di genere" dovrebbe pertanto portare alla "uguaglianza di genere". Perseguire l'equilibrio di genere vuol dire sviluppare delle politiche che tengano conto non solo delle differenze di genere, ma anche delle disuguaglianze trasversali quali disabilità, età, religione, etnia, orientamento sessuale.

L'attuazione di un progetto finalizzato all'ottenimento di un equilibrio di genere in ambito lavorativo costituisce la principale strategia per la promozione delle pari opportunità tra uomini e donne, permettendo di raggiungere numerosi vantaggi, sia in termini di motivazione che di coinvolgimento della forza lavoro, sviluppando organizzazioni inclusive e senso di appartenenza.

L'Istituto, attraverso l'approvazione del *Gender Equality Plan* con Deliberazione n. 151 del 17/03/2023 e smi, ha inteso partecipare in prima linea ai cambiamenti già in atto e alla rapida evoluzione nel mercato globale del lavoro e della ricerca che non possono che favorire un'organizzazione aperta, inclusiva e orientata a premiare la professionalità e le competenze di chi vi opera.

Si tratta di un approccio di sistema e di una strategia fortemente sostenuti a livello europeo ed internazionale, che prevedono l'integrazione della prospettiva di genere nella progettazione, nell'attuazione, nel monitoraggio e nella valutazione delle politiche, delle misure attuative e dei programmi di spesa, nell'ottica di favorire l'uguaglianza tra donne e uomini e combattere le discriminazioni.

I *Gender Equality Plans* (GEPs, piani per l'uguaglianza di genere) rappresentano, lo strumento riconosciuto e supportato dalla Commissione Europea per il riequilibrio di genere tra il personale degli enti di ricerca. Dal 2022 sono considerati requisito di eleggibilità al finanziamento nel Programma Quadro per la ricerca Horizon Europe.

I GEPs sono strumenti strategici, operativi e individualizzati che consentono di definire il quadro legale, organizzativo, economico e sociale e le condizioni operative per attuare nella pratica la parità di genere. Con questo termine non si intende che uomini e donne debbano essere uguali o in ugual numero, ma che - a parità di competenze - abbiano pari accesso alle stesse opportunità, pur conservando le loro peculiarità.

Agli inizi del 2023, con nota prot. N. 672 del 18.01.2023 è stato istituito il gruppo di lavoro per le attività relative all'aggiornamento del GEP per il triennio 2023-2025 che ha aggiornato il cronoprogramma delle azioni di migliorative da porre in essere per il triennio 2024 – 2026 articolato in 4 macro-aree, sulle quali sviluppare azioni di miglioramento con obiettivi declinati a breve (1 anno) e lungo termine (3 anni) riportate nella tabella in calce. Lo stesso GdL ha proceduto aggiornando gli obiettivi anche per il triennio 2025 – 2027 sulla scorta dei risultati ottenuti e delle nuove proposte presentate.

Nell'anno 2024, inoltre, il gruppo di lavoro, all'uopo individuato, ha partecipato al “Corso di formazione Sistema di Gestione in conformità alla norma PDR 125 del 2022” sulla Parità di Genere, che delinea i requisiti per la Certificazione di Parità di Genere richiamata dal PNRR. La prassi di riferimento 125:2022 definisce le linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere, che prevede la strutturazione e l'adozione di un insieme di indicatori prestazionali (KPI) inerenti le politiche di parità di genere nelle organizzazioni. Richiamando il classico modello di riferimento dei sistemi di gestione, la citata prassi, prevede la misurazione, la rendicontazione e la valutazione dei dati relativi al genere nelle organizzazioni per attribuire alle stesse un livello di maturità e misurare gli auspicabili miglioramenti nel tempo.

La Direzione aziendale, sempre più attenta ai temi della diversità e dell'inclusione, sta valutando l'opportunità di rafforzare l'immagine e la reputazione aziendale conseguendo nel triennio la Certificazione per la parità di Genere.

Obiettivo macro	Azione	Misure	Attori /responsabili	periodo			indicatore
				2024	2025	2026	
A. favorire l'equilibrio di genere a tutti i livelli lavorativi	A.1. favorire l'equilibrio di genere in occasione della composizione dei membri del CTS	individuare criteri elettivi che favoriscano la parità di genere (es. inserimento in schede ove possibile due preferenze maschio -femmina e)	Direzione Strategica Direttore Scientifico		X		Verifica attuazione criteri in occasione di elezioni
	A.2. favorire l'equilibrio di genere in occasione della composizione dei membri del Comitato di Dipartimento	individuare criteri elettivi che favoriscano la parità di genere	Direzione Strategica	X	X	X	Verifica attuazione criteri in occasione di elezioni

	A. 3. favorire l'equilibrio di genere nelle Commissioni d'esame e di concorso	monitoraggio nelle nomine delle commissioni di concorso	Risorse umane Direzione amministrativa	X	X	X	bilancio di genere nelle delibere di nomina
	A. 4 favorire l'equilibrio di genere nel numero di relatrici / moderatori nei corsi / convegni organizzati da INMI	inserimento di raccomandazioni in occasione della predisposizione del piano formativo / verifica in caso di approvazione del piano	Formazione Responsabili Scientif. Convegni	X	X	X	bilancio di genere
	A.5 Istituzione Comitato Guida ai sensi della UNI Pdr 125	Avviare il processo di certificazione dell'INMI	Direzione Strategica		X		Delibera di nomina
B. promuovere e supportare la parità di genere e la cultura della stessa sul luogo di lavoro	B. 1 organizzazione di percorsi di formazione / convegni su argomenti relativi a equilibrio medicina di genere	organizzazione n.1/ 2 corsi di formazione / convegni ogni anno	Formazione Responsabili Scientif. Convegni	X	X	X	organizzazione n.1/ 2 corsi di formazione / convegni ogni anno
	B 2 promuovere la cultura sull'equilibrio di genere	creazione nel sito istituzionale di una sezione denominata "ricercatrici nella storia delle malattie infettive"	SIA	x	x	x	Inserimento sezione dedicata su sito aziendale www.inmi.it
		Dedicare aule o nuovi padiglioni rispettando equilibrio di genere	Direzione Strategica		X	X	?????
C. favorire la conciliazione vita- lavoro	C.1 favorire la conciliazione vita- lavoro	favorire la flessibilità oraria per lavoratori con figli minori di 14 anni e disabili	Risorse umane	X	X	X	n. richieste accordate ogni anno / n. richieste ricevute per anno = > 50%
	C.2 azioni di migliorative per i dipendenti INMI che utilizzano nido aziendale	Inserire negli accordi futuri migliori condizioni economiche e/o maggiore flessibilità oraria	Direzione Strategica	X	X	X	>= 1 azioni migliorative rispetto a precedente accordo

D favorire la parità di genere nell'attività di ricerca scientifica	D promuovere strategie di reclutamento negli studi clinici per mantenere, ove possibile, un equilibrio di genere	verificare la proporzione di incidenza della patologia trattata rispetto al genere e tenerne conto in sede di arruolamento	Direzione Scientifica e responsabili degli studi	X	X	X	Direzione Scientifica predispone report annuale e procede a contestuale comunicazione ai ricercatori
		Promuovere progetti di ricerca sulla medicina di genere	Direzione Scientifica e responsabili degli studi	X	X	X	>= 1 progetto presentato per anno

SEZIONE 2.03 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, ha introdotto numerosi strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo individuando i soggetti preposti ad adottare ogni adeguata iniziativa in materia.

Con Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 il Dipartimento della funzione pubblica ha dettato le prime disposizioni applicative della Legge ed ha indicato precisazioni in ordine alle competenze affidate dalla Legge ai vari soggetti istituzionali ed alle modalità di individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione, con particolare riferimento ai compiti allo stesso ascritti.

Le Linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto alla corruzione ed all’illegalità (istituito con D.P.C.M. del 16 gennaio 2013), dettate per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione, ai sensi e per gli effetti della Legge, hanno delineato gli adempimenti relativi agli obblighi da rispettare nella materia de qua da parte delle pubbliche amministrazioni.

Tali disposizioni sono state ulteriormente definite in occasione degli aggiornamenti del PNA, da ultimo attraverso la pubblicazione del PNA 2022, approvato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la Deliberazione n. 7 del 17 gennaio 2023 ed aggiornato con deliberazione n.605 del 19 dicembre 2023.

In ordine alla materia l’Istituto ha acquisito, con la determinazione n. 501 del 21.09.2022, il software “Open Blow”, contestualmente è stato aggiornato il Regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni di illecito – Whistleblowing approvato con deliberazione n. 157 del 29.03.2023.

Il nuovo Regolamento sulla segnalazione d’illeciti Whistleblowing è stato improntato al rispetto della normativa quadro in materia recata dalla legge n. 179 del 30/11/2017 (G.U. 14/12/2017), dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019, delle recenti Linee Guida Anac, adottate con la Deliberazione n. 312 del 10 aprile 2019, finalizzate a rafforzare la tutela della riservatezza del whistleblower e ad incrementare il livello di protezione del medesimo nei confronti delle eventuali condotte ritorsive e/o discriminatorie subite. Contestualmente con d.lgs. n. 24/2023 la normativa è stata perfezionata; pertanto, nell’anno 2024 è stata effettuata una ulteriore revisione del regolamento in essere che verrà validata nel primo trimestre del 2025.

Per quanto attiene le disposizioni in materia di trasparenza, il d.lgs. 97/2016, nel modificare il d.lgs. n. 33/2013 e la l. n. 190/2012, ha fornito ulteriori indicazioni sul contenuto del PTPC. In particolare, ogni PTPCT deve contemplare soluzioni organizzative idonee ad assicurare l’adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente.

In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni. Con delibera n. 495 del 25 settembre 2024 l'ANAC ha recentemente approvato n.3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33. Questi, ed altri schemi ancora in corso di validazione, verranno utilizzati in futuro per uniformare il sistema di pubblicazione della PA in un PUT (Portale Unico della Trasparenza).

La trasparenza amministrativa, intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, assurge dunque, nell'ottica del legislatore e dell'ANAC, a strategico strumento di prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione. La piena accessibilità ai documenti in discussione è garantita attraverso la pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'INMI Lazzaro Spallanzani.

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, in ossequio alle disposizioni normative di cui sopra, ha adottato, con la deliberazione n. 629/2013, una prima pianificazione 2013-2015, poi aggiornata negli anni con le Deliberazioni n. 48 del 30 gennaio 2015 (triennio 2015-2017), n. 34 del 1/2/2016 (triennio 2016 -2018), n. 45 del 31.01.2017 (triennio 2017 – 2019), n. 66 del 31/1/2018 (triennio 2018-2020), n. 66 dello 01/02/2019 (triennio 2019-2021), n. 39 del 30.01.2020 (triennio 2020-2022), n. 217 del 31.03.2021 (triennio 2021-2023), tenendo conto degli adempimenti definiti nel Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con deliberazione ANAC n. 72 dell'11 settembre 2013 e successivamente modificato.

A decorrere dal 2023 il PTPCT triennale, viene inserito nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), introdotto dall' articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, rubricato "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".

Il PIAO viene aggiornato annualmente e pubblicato nei termini richiesti dalla normativa (da ultimo delibera n. 56 del 31/01/2024).

Il cosiddetto "Decreto Reclutamento", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha inteso includere in un unico atto la programmazione riguardante la gestione delle risorse umane, gli strumenti di prevenzione della corruzione e le modalità di monitoraggio della performance dell'ente.

Il Programma sull'anticorruzione e la trasparenza 2025 – 2027 costituisce parte integrante del succitato strumento unico di programmazione e pianificazione, pur mantenendo la natura di documento dinamico soggetto a costante aggiornamento, nel rispetto delle indicazioni operative dettate dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, in data 2 febbraio 2022, dalle linee

guida enunciate dal decreto del Dipartimento della Funzione pubblica del 30 giugno 2022 n. 132 e specificate, in riferimento alla sezione dell'anticorruzione e della trasparenza, dal PNA 2022 e s.m.i..

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione, seppure integrato nel PIAO, mantiene le tradizionali finalità di:

- fornire la valutazione del livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e di stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti addetti ai settori particolarmente esposti alla corruzione;
- ridurre con tali strumenti la probabilità che si verifichi il fenomeno della corruzione, cioè l'esercizio delle potestà pubblicistiche di cui dispongono i soggetti titolari di pubblici uffici, diretto al conseguimento di un fine diverso o estraneo a quello previsto da norme giuridiche o dalla natura della funzione.

In assenza di specifiche informazioni sull'incidenza del fenomeno corruttivo nell'ambito territoriale di riferimento, l'INMI L. Spallanzani ha ritenuto proficuo incentrare un'analisi sui risultati dello studio condotto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione in merito alla natura e alla diffusione territoriale dei reati contro la Pubblica Amministrazione, denominato "Corruzione in Italia (2016-2019) - Numeri, luoghi e contropartite del malaffare" del 17 ottobre 2019, dettagliatamente riportata nel PTPCT 2022-2024 di cui alla delibera n. 281 del 25.05.2022, pubblicata nella relativa sezione di Amministrazione Trasparente e consultabile al link: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza-2022-2024/>.

Nell'ambito del processo di gestione del rischio corruttivo finalizzato all'identificazione, valutazione e gestione delle criticità organizzative, nonché alla determinazione delle relative misure di prevenzione, l'analisi del contesto interno riveste una imprescindibile funzione per quanto concerne l'identificazione di potenziali eventi rischiosi.

La struttura dell'anticorruzione e della trasparenza ha effettuato una rilevazione interna all'Istituto, attraverso la somministrazione di un questionario telematico rivolto a tutti i dipendenti, allo scopo di sondare il livello di percezione del fenomeno corruttivo dentro e fuori dall'INMI, il grado di conoscenza delle misure anti corruttive contemplate dal PTPCT 2021-2023, nonché di determinare quali misure di prevenzione andrebbero implementate per minimizzare concretamente i potenziali rischi corruttivi individuati con la mappatura dei processi.

Tale mappatura è stata aggiornata proprio nel 2023. La quasi totalità delle UUOO, difatti, ha mappato i processi interni procedendo all'identificazione di idonee misure anticorruttive in caso di individuazione di rischi medio alti.

L'ordinamento nazionale non enuclea, a livello legislativo e/o regolamentare, una chiara ed esaustiva definizione del fenomeno corruttivo. Premesso che nell'ambito della deliberazione ANAC n. 1064/2019 di approvazione del PNA 2019 si manifesta espressamente la necessità di delimitare concettualmente il contenuto della nozione di "corruzione", appare utile ed opportuno richiamare l'interpretazione fornita in tal senso dall'autorità nazionale anticorruzione. Secondo la predetta delibera ANAC l'evento corruttivo si verifica in presenza di "comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio economico o meno, dai propri doveri di ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli". In definitiva occorre avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La sezione del Piano integrato di attività ed organizzazione dedicata alla prevenzione dei rischi corruttivi e alla trasparenza dell'INMI. L. Spallanzani riporta il complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Istituto stesso per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in un'ottica complessiva di tutela del valore pubblico, nel rispetto della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i., recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", dei relativi decreti attuativi, delle circolari, delle linee guida, delle direttive, delle indicazioni e degli indirizzi forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, nonché in ossequio all' articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 (convertito con la legge n. 113 del 6 agosto 2021) e alla circolare n. 2/2022 del Dipartimento della funzione pubblica.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Istituto sono:

a. il Direttore Generale:

- nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- adotta il Piano triennale di prevenzione ed i suoi aggiornamenti;
- adotta gli atti di indirizzo di carattere generale direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (es. piano della Trasparenza, codice di comportamento aziendale, regolamento incarichi extraistituzionali prestati dai dipendenti, ecc.);

b. il Responsabile della prevenzione della corruzione;

c. i Dirigenti di struttura e i referenti per la prevenzione della corruzione;

I referenti sono nominati Dirigente della struttura o del servizio e vengono dallo stesso tempestivamente sostituiti in caso di cessazione. Attualmente essi sono:

Referente nominato	UOOO Servizio
Manuel Barbetta	UOSD Affari Generali e Contenzioso
Francesca Ceccaroni	UOC Risorse Umane
Riccardo Moschella	UOC Bilancio
Massimo Cicale	UOC Acquisizione Beni e Servizi
Francesca Pellegrini	UOS Servizio Amministrativo per la ricerca
Sandro Leoni	UOSD Sistemi Informatici e Telecomunicazioni
Donatella Lappa	UOC Servizio Tecnico
Alessia Perillo	Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze
Adriano Possi	ALPI – CUP – SIAS
Federica Gatta	UOSD Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione
Alessandra Vergori	UOC Immunodeficienze Virali
Paolo Faccendini	UOC Farmacia
Felicia Coroian	UOSD Risk Management e Biosicurezza
Carmine Ciaralli	UOS Professioni Sanitarie Tecniche
Paola Zanini	UOSD Professioni Sanitarie Infermieristiche
Pierangelo Chinello	UOC Infezioni Sistemiche dell'Immunodepresso
Maria Letizia Giancola	UOC Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura
Paola Mencarini	UOC Malattie Infettive dell'Apparato Respiratorio
Tonino Alonzi	UOSD Ricerca Traslazionale
Esvan Rozenn	UOC Infezioni Emergenti, Riemergenti e Craids
Pierluca Piselli	UOC Epidemiologia Clinica
Rita Casetti	UOSD Immunologia Cellulare e Farmacologia
Carla Nisii	UOC Microbiologia e Banca Biologica
Federica Forbici	UOC Laboratorio Virologia e Laboratori di Biosicurezza
Fabrizio Albarello	UOC Diagnostica per Immagini delle Malattie Infettive
Giulia Valeria Stazi	UOC Rianimazione Terapia Intensiva e Subintensiva
Eugenia Milozzi	UOC Malattie Infettive Epatologia
Wilfredo Von Lorch	UOSD Istologia, Citologia ed Anatomia Patologica

d. l'Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.) partecipa al processo di gestione del rischio per cui:

- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza;
- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento aziendale;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano della Performance;
- procede periodicamente all'attestazione degli obblighi di trasparenza

e. l'Ufficio procedimenti disciplinari (U.P.D.):

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;

f. il Servizio Ispettivo accerta l'osservanza da parte dei dipendenti dell'INMI delle vigenti disposizioni in materia di:

- Incompatibilità nel rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale (L. n. 662/1996 - art. 1 cc. 56-65);
- Incompatibilità tra incarichi, da intendersi quale situazione in cui viene a trovarsi il dipendente pubblico che viola il principio di esclusività del proprio rapporto di lavoro previsto da norme di legge e regolamentari o derivante dall'insorgere di un conflitto di interessi o da comportamenti che concretizzano forme di concorrenza sleale ai sensi degli artt. 2104, 2105 e 2598 C.C.;
- Divieto di cumulo di impieghi e incarichi (D. Lgs. n. 165/2001, art. 53 e s.m.i.);

g. tutti i dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. o attraverso la casella di posta elettronica dedicata (*whistleblower*);
- segnalano l'eventuale proprio caso di conflitto di interessi;

h. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- osservano le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- segnalano l'eventuale proprio caso di conflitto di interessi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione: nomina e ruolo

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 190/2012 e s.m.i. e all'art. 43, comma 1, del D. Lgs. n. 33/2013, che prevede "All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza", il Direttore Generale dell'Istituto – con deliberazione n. 515 del 21.10.2022 – ha nominato il dirigente amministrativo, attualmente dirigente della UOS Servizio amministrativo per la ricerca, dott.ssa Eleonora Bonifacio, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto (RPCT). In ottemperanza alle disposizioni dell'ANAC, di tale incarico è stata data comunicazione a detta autorità - nella modalità informatica dalla stessa indicata – e si è provveduto inoltre a pubblicare l'atto deliberativo di nomina sulla sezione di amministrazione trasparente del sito istituzionale.

Gli adempimenti a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione sono riportati nella delibera ANAC n. 840 dello 02.10.2018 e s.m.i., cui si rinvia.

Il dott. Manuel Barbetta, collaboratore amministrativo professionale assegnato alla UOSD Affari Generali e Contenzioso, viene nominato assistente del Responsabile dell'anticorruzione e della trasparenza.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come responsabilità aggiuntiva a quella di dirigente già titolare di ruolo dirigenziale e si avvale:

- di una struttura amministrativa di supporto, costituita a mezzo della deliberazione n. 247 del 09.05.2022 e s.m.i.;
- della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, nominati singolarmente dai Dirigenti Responsabili di ciascuna Unità Operativa dell'Istituto come sopra elencati.

Le attività ispettive nelle aree ad elevato rischio corruttivo vengono svolte dai referenti per la prevenzione della corruzione, di concerto con i Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali, che relazionano semestralmente circa i risultati al RPCT.

Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

In considerazione del carattere complesso dell'organizzazione afferente ad un IRCCS di rilevanza nazionale ed internazionale, il RPCT si avvale, come già previsto dal PNA 2019 di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, di un nucleo di referenti (nominati dai rispettivi dirigenti responsabili) i quali svolgono attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi

abbia elementi e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio del Piano, nonché in merito all'efficace attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Il succitato gruppo di lavoro dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza è costituito da n. 28 dipendenti, di ruolo amministrativo o sanitario, ciascuno dei quali collabora con il RPCT e con la sua struttura di supporto al fine di identificare i concreti rischi corruttivi insistenti nella UOC/UOSD/UOS di appartenenza e di approntare misure di prevenzione finalizzate a scongiurare la verifica del pericolo corruttivo, isolato attraverso il processo di mappatura del rischio. I referenti *de quo* vengono formati periodicamente nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza.

Nello specifico sono stati organizzati i seguenti corsi di formazione in favore dei predetti referenti, nel corso dell'ultimo triennio:

- nel corso del triennio 2022 e 2024 corsi di aggiornamento in favore dei referenti *pro tempore*, erogato da Transparency International Italia e articolato in n. 4 giornate formative per ciascun anno;
- corso sull'anticorruzione e trasparenza, fruibile sul portale Syllabus del Dipartimento della funzione pubblica, a cui hanno partecipato, nell'anno 2024, referenti compresi, un totale di circa 180 dipendenti (attualmente concluso da n. 130 circa).

In merito alla mappatura dei processi per anche nell'anno 2024, ciascun referente ha fattivamente collaborato con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza al fine di isolare i rischi corruttivi insistenti nelle unità organizzative di assegnazione, nonché di elaborare le correlate misure di prevenzione e contenimento delle criticità individuate. I compiti dei citati referenti non si limitano alla collaborazione in chiave anticorruptiva con il RPCT ma si estendono, altresì, all'ambito della Trasparenza amministrativa, così come delineata dal D.lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.. I referenti agiscono, invero, come *longa manus* del Responsabile per la trasparenza nell'ambito delle rispettive Unità Organizzative, vigilando sulla corretta e tempestiva alimentazione delle sezioni di primo e secondo livello di competenza, nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito web istituzionale. Il gruppo di lavoro in parola viene sottoposto a costante formazione ed aggiornamento nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza, attraverso la partecipazione periodica a corsi di formazione, in modo da garantire un graduale ma continuo miglioramento, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in merito all'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo elaborate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nei propri atti di indirizzo, nelle linee guida e nei provvedimenti.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, nonché dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019 di cui alla Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019, l'assolvimento dei compiti di cui sopra sarà inserito, così come è stato per l'anno 2024, come obiettivo strategico anche per il 2025 per tutte le unità operative, cliniche e amministrative.

In particolare, i referenti dovranno:

- collaborare nella fase di mappatura dei processi ed analisi dei rischi;
- proporre misure idonee a prevenire i rischi di corruzione e garantirne la tempestiva attuazione nelle strutture di competenza, attraverso un fattivo coinvolgimento dei referenti per l'anticorruzione;
- fornire al Responsabile per la prevenzione della corruzione le informazioni necessarie;
- avanzare alla Direzione aziendale le proposte per la rotazione del proprio personale esposto a rischio;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;
- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e vigilare sull'efficacia della rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.);
- osservare le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, rispettando puntualmente i termini di adempimento indicati dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione sia nell'ambito del presente piano triennale che in riferimento alle disposizioni impartite ai referenti anticorruzione;
- segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni;
- denunciare immediatamente al Responsabile per la prevenzione della corruzione ogni presunto evento illecito di cui siano venuti a conoscenza in costanza di servizio, sia personalmente che a mezzo di interposta persona.

In ragione di quanto premesso sopra, al fine di rispettare quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D. Lgs n. 150/2009, nella L.R. n. 1/2011, nel D.L. 33/2013 e dal D. Lgs. n. 97/2016 e loro successive modifiche, di armonizzare il piano Triennale della Performance e il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) dell'Istituto, nonché di realizzare una progressiva e costante integrazione dei suddetti documenti, la presente sezione dedicata all'anticorruzione e alla trasparenza è stata concepita in coordinamento con la sezione della

performance allo scopo di perseguire l'obiettivo ultimo del piano integrato di attività ed organizzazione, ovvero l'incremento del valore pubblico.

Il piano della Performance 2025-2027 e la relativa sezione attribuiranno, in riferimento agli obiettivi di budget, un peso rilevante all'esaustivo e tempestivo espletamento delle azioni sull'anticorruzione e la trasparenza.

Il predetto obiettivo di budget, nell'anno 2024, è stato rimodulato, in aderenza ai recenti interventi normativi del legislatore, in modo da realizzare un sistematico ed effettivo monitoraggio sull'attuazione di misure finalizzate a minimizzare il rischio di verifica di eventi corruttivi.

Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Indicatore di performance	Peso %
Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel PIAO nell'apposita sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza.	INDICATORE: n. di relazioni inviate al responsabile prevenzione corruzione e trasparenza / n. di relazioni da inviare FONTE: Relazione semestrale, dettagliata, sul rispetto di tutte le azioni necessarie a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi inviata al Resp. della Prevenzione e della Corruzione e al Controllo di Gestione	___%

L'obiettivo di budget relativo agli adempimenti attribuiti dal PTPCT alle singole UUOO sarà, anche nell'anno 2025, gradualmente collegato all'effettiva attuazione delle misure di prevenzione, generali e specifiche, concordate tra il RPCT ed i referenti nominati (in accordo con i rispettivi Responsabili).

In particolare, l'RPCT richiede alle UUOO relazioni, da inviare con cadenza semestrale, indicando puntualmente gli adempimenti in capo a ciascuna UUOO per la verifica degli obiettivi assegnati.

Nell'anno 2025 verrà chiesto, nello specifico, alle UUOO di dare gradualmente attuazione a quanto disposto dall'ANAC in materia di trasparenza amministrativa con delibera n. 495/2024, avente ad oggetto: "Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi".

Attività e strutture maggiormente esposte al rischio di corruzione

- Procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture di beni e servizi ai sensi del D.lgs. 50/2016 e s.m.i. – Strutture interessate: UOC ABS, UOC Servizio Tecnico, UOSD Affari Generali e Contenzioso, UOSD Sistemi Informatici e Telecomunicazioni, UOC di Formazione permanente in sanità, UOC Farmacia, Dipartimenti sanitari.
- Procedure selettive per concorsi, avvisi pubblici e interni per l'assunzione di personale, progressioni di carriera, conferimento incarichi ai sensi del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i. stipula di contratti di assunzione a tempo indeterminato, determinato, nonché collaborazioni coordinate e continuative. Strutture interessate: UOC Risorse Umane, UOS SAR.
- Procedure di scelta dei partner per la ricerca, di stipula di convenzioni con strutture pubbliche e private per il perseguimento di obiettivi istituzionali dell'Istituto. Strutture interessate: UOSD Affari Generali e Contenzioso, Direzione Scientifica, UOS SAR.
- Procedure di autorizzazione, controllo, liquidazione e pagamento dell'intero ciclo passivo (UU.OO. addette all'approvvigionamento e UOC Bilancio responsabile dei pagamenti).
- Procedure di autorizzazione, controllo, liquidazione e pagamento dell'attività libero professionale intramuraria. Strutture interessate: Direzione Sanitaria, UOC Bilancio, UOC Risorse Umane.
- Procedure di autorizzazione per attività di formazione, partecipazione a convegni, incarichi esterni retribuiti e non ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. 165/2001 e s.m.i. Strutture interessate: Direzione Sanitaria, Centro di Formazione permanente in sanità, UOC Risorse Umane.

A seguito della mappatura effettuata e formulato un indice di rischio per le attività e le strutture sopra indicate, il personale coinvolto è destinatario in via prioritaria delle iniziative formative e informative.

Mappatura dei processi

La mappatura dei processi elaborata nel 2023 - per un totale di n. 180 attività mappate - analizza e ripartisce i processi in attività e fasi di tutte le Unità organizzative dell'Istituto ed è disponibile nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione di primo livello "Disposizioni generali", raggiungibile all'indirizzo: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corrruzione-e-per-la-trasparenza-2022-2024/>.

Dall'analisi della valutazione dei rischi rilevati in una scala tra alto, medio e basso, è emerso che n.2 hanno un valore alto, n. 52 un valore medio ed i restanti n. 126 processi rientrano nel livello di rischio basso.

Nell'anno 2023, su richiesta dell'RPCT, ogni UUOO ha provveduto all'aggiornamento delle schede di rischio, proponendo per i rischi più elevati una o più misure correttive.

Nell'anno 2024 è stata effettuata e, ove necessario, implementata la mappatura dei rischi effettuate nel 2024.

Nel triennio 2025-2027 si procederà, a seguito dell'approvazione del nuovo Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, a verificare e se del caso aggiornare la mappatura sulla base del nuovo organigramma e funzionigramma dell'Istituto.

Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione

Formazione dei dipendenti

Nel novero delle più rilevanti misure di prevenzione del rischio corruttivo un posto di riguardo è occupato dalla formazione dei dipendenti in merito alla cultura della legalità, al rispetto del codice etico aziendale, nonché all'osservanza della normativa sull'anticorruzione e la trasparenza amministrativa.

Nell'ottica dell'Autorità Nazionale Anticorruzione la formazione in parola deve coinvolgere tutti i dipendenti dell'Istituto senza focalizzarsi esclusivamente sui dipendenti e gli operatori che, direttamente o indirettamente, svolgono un'attività all'interno degli uffici indicati nel Piano triennale di prevenzione della corruzione come a più elevato rischio di corruzione.

A tal fine l'ANAC raccomanda la somministrazione di due differenti iter di formazione;

- un livello formativo di base rivolto a tutti i dipendenti dell'Istituto, finalizzato a garantire una diffusa conoscenza della normativa sull'anticorruzione e la trasparenza, nonché dei principi di etica e cultura della legalità sanciti dal DPR. N. 62/2013, dettagliati dal codice aziendale di comportamento di cui alla Deliberazione n. 437/2016;
- un livello formativo specialistico diretto al RPCT, ai componenti della sua struttura di supporto, al personale di ruolo dirigenziale, nonché ai referenti per l'anticorruzione e la trasparenza, destinato a disseminare tematiche settoriali in relazione ai rischi corruttivi di maggiore incidenza e pericolosità.

Nel triennio 2022-2024 la struttura dell'anticorruzione e della trasparenza ha organizzato un corso di aggiornamento in merito alla gestione del rischio corruttivo in sanità e alla promozione della trasparenza coinvolgendo tutti i referenti dell'Istituto.

Il succitato percorso formativo, articolato in quattro incontri, per un totale di 6 ore di formazione complessive, è stato erogato dall'associazione no profit Trasparency International Italia, in partnership con l'ente di ricerca per la prevenzione della corruzione Research and Action – React. In particolare, nell'anno 2024, sono state analizzate le seguenti tematiche:

1. Valori e principi dei dipendenti pubblici;
2. I rischi di corruzione e la loro analisi;
3. Il Whistleblowing;
4. Il Codice di comportamento.

Il bagaglio formativo dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza è oggetto di aggiornamento anche in riferimento al corrente esercizio 2025, grazie alla continuazione della collaborazione con le sopracitate associazioni no profit di ricerca nell'ambito della promozione della trasparenza e nel contrasto al fenomeno corruttivo nel settore pubblico.

Le sopradescritte esperienze formative sono state concepite secondo un taglio pratico, ovvero fondato sull'analisi di casi concreti e non solamente sullo studio teorico della normativa del settore.

L'Istituto ha inoltre aderito al Forum per l'integrità in Sanità, un gruppo di lavoro sperimentale che riunisce vari enti del servizio sanitario nazionale allo scopo di incrementare ed affinare le misure intraprese nell'ambito della lotta al fenomeno corruttivo e della promozione della trasparenza. In tale ambito, nell'anno 2024, è stato argomentato, proprio presso l'Istituto, in data 08/04/2024, con tavolo operativo con molti RPCT del SSN, avente ad oggetto: “Strumenti di controllo degli investimenti PNNR”.

Sulla scorta delle indicazioni operative emerse dal sondaggio effettuato nel 2022 su un campione di circa 268 dipendenti dell'Istituto, le cui risultanze sono consultabili in maniera dettagliata nell'ambito del PTPCT 2022-2024. Si è avviata, nel 2024, una capillare formazione di tutto il personale sul portale Syllabus. Nell'anno 2024, hanno avviato il percorso formativo, denominato “*La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa - Conoscere le strategie per promuovere la trasparenza e combattere la corruzione*”, circa 200 dipendenti. L'obiettivo è di procedere, anche per il 2025, a formarne altrettanti. Inoltre, verranno pubblicati, nel portale dedicato alla formazione dei dipendenti dell'Istituto, dei video esplicativi per il corretto utilizzo dell'applicativo gestionale dedicato alle segnalazioni di illecito – whistleblowing una volta rettificato il regolamento sulla base della nuova normativa.

Con deliberazione n.661/2024, su richiesta del RPCT, l'Istituto ha acquisito un software denominato PA 33 funzionale all'attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza amministrativa. In tale ambito è prevista, per l'anno 2025, specifica attività formativa da parte della

ditta fornitrice. L'attivazione del nuovo portale consentirà un graduale aggiornamento e implementazione delle sezioni dedicate alla trasparenza.

Rotazione dei dipendenti

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, è stata realizzata una parziale rotazione del personale addetto alle aree a rischio al fine di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

Fatti salvi i casi di rotazione "straordinaria" obbligatoria in presenza di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. L quater del D. Lgs 165/2001, nell'ambito dei quali la Direzione Strategica è tenuta a riassegnare il personale ad altro servizio, si richiamano i criteri per operare la rotazione ordinaria, così come disposto nella determina ANAC n. 831/2016 e precisato ulteriormente nell'Allegato 2 al PNA 2019, dettagliatamente elencati nella sezione 8.2 del PTPCT 2022-2024, approvato a mezzo della Deliberazione n. 281 del 25.05.2022.

Nell'anno 2024, grazie all'espletamento degli avvisi interni per il personale della Dirigenza PTA e dei concorsi pubblici dei responsabili di UUOO, si è operato un consistente processo di rotazione del personale apicale soprattutto nelle UUOO ad alto rischio corruttivo.

In riferimento, altresì, al monitoraggio della rotazione degli incarichi negli uffici esposti ad un maggiore rischio corruttivo, prescritto dalle linee guida ANAC n. 15 (Delibera del Consiglio n. 494/2019), sarà cura del Responsabile per la prevenzione della corruzione, ove possibile, come avvenuto negli anni precedenti, in accordo con i dirigenti competenti, garantire un graduale avvicendamento tra i dipendenti assegnati alle Unità Operative dell'Istituto che agiscono come stazioni appaltanti.

Tutela del dipendente che segnala illeciti

In ordine alla materia della tutela del segnalatore d'illeciti (*whistleblower*), è stato predisposto, con deliberazione n. 157 del 29.03.2023, il regolamento aziendale per il *whistleblowing*. Si specifica, altresì, che, a mezzo della Determinazione n. 501 del 21.09.2022, è stato acquisito un nuovo software per la gestione delle segnalazioni di illecito, denominato "*Open Whistleblowing*", allo scopo di incrementare i livelli di servizio e protezione richiesti dalla normativa Anac, nonché di adeguare la piattaforma informatica in uso ai requisiti tecnici dettagliati nell'ambito delle recenti linee guida per la gestione delle segnalazioni di illecito di cui alla Deliberazione ANAC n. 469 del 09.06.2021.

Si è provveduto, altresì, a recepire le indicazioni operative delineate dal recente D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, aggiornando, ove necessario, il succitato regolamento aziendale, nonché adeguando il software in uso alle nuove specifiche tecniche richieste dall'ANAC. Il nuovo regolamento già redatto verrà inviato nel primo triennio del 2025 per l'approvazione della Direzione Strategica.

Il predetto software viene reso fruibile a partire dal 2023 sia ai dipendenti dell'Istituto che ai collaboratori di imprese appaltatrici, attraverso la predisposizione di un doppio canale di segnalazione (accessibile sia tramite la intranet aziendale che il sito web istituzionale), in ossequio alle indicazioni operative delineate nell'ambito delle suddette linee guida ANAC.

Il succitato regolamento è improntato sia ai principi sanciti dalla normativa Anac che alla copiosa giurisprudenza elaborata in materia dall'Autorità garante per la privacy, in riferimento all'imprescindibile esigenza di tutelare l'identità del segnalatore di illecito – *whistleblower*, in un'ottica di prevenzione dalla potenziale adozione di misure ritorsive e/o discriminatorie. La normativa in parola prevede che il dipendente, il quale riferisca condotte presunte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Sussiste in carico all'RPCT un obbligo di predisposizione degli atti necessari ad una prima attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute; in caso di omissione l'ANAC applicherà al medesimo una sanzione amministrativa pecuniaria.

Nel corso del 2023 non sono pervenute segnalazioni d'illecito, né attraverso il software sopra-descritto, né attraverso altri canali informativi.

Conflitto di interessi

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con clienti/fornitori/contraenti e concorrenti, curare gli interessi dell'Istituto rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti destinati a operare nei settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione devono astenersi da quella attività, ai sensi dell'articolo 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che possa risultare di pregiudizio per l'Istituto.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza al proprio Responsabile attraverso una apposita comunicazione scritta.

Nel corso degli anni 2022 e 2023 non è stato possibile provvedere alla raccolta annuale delle dichiarazioni pubbliche di interesse a causa della sospensione dell'aggiornamento annuale delle medesime, come enunciato sulla piattaforma Agenas.

Al fine di ottemperare a quanto disposto al paragrafo 8 delle linee guida ANAC n. 15 (approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 5 giugno 2019), recanti le misure che le Amministrazioni sono tenute ad adottare nell'eventualità in cui sussista un conflitto di interesse in merito ad una procedura di gestione di un contratto pubblico, nell'arco del triennio 2024-2026 sarà cura dell'Istituto ed in particolare della UOSD AAGG predisporre una procedura idonea a ridurre il rischio di insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, con indicazione dei titolari dei poteri sostitutivi, nell'ipotesi in cui un conflitto di interessi coinvolga un dirigente apicale.

Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

L'implementazione della sezione "amministrazione trasparente" costituisce nel complesso uno degli strumenti per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità, attraverso il controllo sociale che può essere attuato dalla collettività sugli atti e sulle attività poste in essere dall'Istituto.

Le griglie contenenti gli obblighi della trasparenza di cui alla deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e s.m.i., che allegata al presente Piano (**allegati griglia A e B relativa a bandi di gare e contratti**) quale parte integrante e sostanziale dello stesso, sono state inizialmente emendate per effetto della pubblicazione dell'allegato 9 al PNA 2022 poi ulteriormente modificate a seguito dell'entrata in vigore del Nuovo Codice degli appalti di cui al d.lgs. n.36/2023 e della deliberazione ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023 per la parte relativa ai bandi e contratti.

Nel documento *de quo* sono identificate le strutture responsabili della trasmissione dei dati, dei documenti e delle informazioni. L'ANAC ha infatti evidenziato l'importanza di programmare ed attuare un monitoraggio sistematico in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sanciti dal decreto legislativo n. 33/2013, identificando in maniera chiara ed inequivoca i dirigenti responsabili della produzione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente.

Con delibera n. 495/2024 avente ad oggetto “Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi”, l’ANAC ha ridefinito alcune delle modalità degli obblighi di pubblicazione di cui alla griglia A. L’Istituto, pertanto, gradualmente (entro 12 mesi dalla approvazione della deliberazione ANAC) darà avvio all’adeguamento degli schemi, così come indicato dall’ANAC (**allegati delibera n. 495/2024 e relativi all. da 1 a 4**) e, ove possibile, all’utilizzo degli ulteriori schemi facoltativi.

Il SIA, con l’ausilio del nuovo portale PA 33, continuerà gradualmente l’adeguamento delle sezioni bandi di gara e contratti nel sito istituzionale per consentire l’inserimento dei dati richiesti da ANAC e all’attivazione di quanto disposto con la delibera ANAC n. 495/2024.

Il PNA 2022 ha inoltre modificato l’elenco degli obblighi di pubblicazione con riferimento ai finanziamenti collegati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Per quanto attiene la pubblicazione di quanto sopra, allo stato, provvede ogni singola UUOO, sulla base della relativa competenza relazionando semestralmente sugli adempimenti di competenza. L’RPCT grazie alla struttura di supporto effettua periodicamente controlli a campione sulla veridicità di quanto relazionato dai responsabili.

I Responsabili delle Unità Operative ed i rispettivi referenti per la trasparenza sono attualmente identificati come responsabili degli adempimenti.

Periodicamente l’OIV verifica l’implementazione delle sezioni di Amministrazione trasparente attraverso un monitoraggio poi trasmesso ad ANAC. Nell’anno 2023 le verifiche sono state svolte sulla base di quanto disposto dalla delibera ANAC 203 del 17 maggio 2023 e le attestazioni relative all’esito sono state regolarmente pubblicate nell’apposita sezione del sito dell’Istituto.

Accesso civico e accesso civico generalizzato

Il D.lgs. n. 97/2016 nel novellare l’art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico denominato “generalizzato”, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l’accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall’ordinamento.

L’accesso generalizzato non sostituisce l’accesso civico “semplice” (d’ora in poi “accesso civico”) previsto dall’art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già

prima delle modifiche ad opera del d.lgs. 97/2016. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza. I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a "chiunque", indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, "fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria", nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato.

L'accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale"). La finalità dell'accesso documentale, disciplinato dalla legge n. 241/90, è ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex legge n. 241/90 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso». Nello specifico, il discrimine logico e giuridico tra i due istituti si rinviene nella osservazione per cui la legge 241/90 esclude, perentoriamente, l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione ad un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello "semplice", è riconosciuto proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico". Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma si affianca parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi. Tale Regolamento per l'accesso civico generalizzato (FOIA – Freedom of Information Act) - approvato con delibera n.406 del 28/6/2017 - è visionabile sul sito www.inmi.it nella sezione denominata "Modulistica e Regolamenti", nonché su Amministrazione Trasparente, nell'ambito della sezione di primo livello rubricata "Altri Contenuti".

Inoltre, è consultabile all'interno della sottosezione "Registro accesso civico semplice e generalizzato", inclusa nella succitata sezione di primo livello "Altri Contenuti", l'elenco degli accessi civici, semplici e generalizzati, aggiornato semestralmente. Di anno in anno vengono pubblicate nella sezione amministrazione trasparente le istanze di accesso civico semplice e/o generalizzato. Nel 2025 le schede verranno adeguate a quanto richiesto con delibera n. 495/2024 dall'ANAC.

Codice Etico e di Comportamento

L'adozione di un codice etico e di comportamento, la diffusione, la formazione e la sensibilizzazione alla sua osservanza sono certamente necessarie a prevenire l'illegalità ed a evitare che si verificano anche inconsapevoli violazioni.

L'Istituto è impegnato a far osservare il Codice di Comportamento di cui al DPR 16 aprile 2013 n. 62, contenente, a norma dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001, tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni, a diffonderlo tramite pubblicazione sul sito e a renderlo sempre disponibile a tutti, unitamente al Codice di comportamento specifico dei dipendenti dell'INMI stesso approvato con deliberazione n. 437 del 12/09/2016 e pubblicato nell'ambito di Amministrazione Trasparente, nella sezione di primo livello denominata "codice disciplinare e di condotta". I dirigenti delle strutture sono tenuti a vigilare sull'osservanza dei codici da parte del personale ad essi afferente.

Nell'ambito dell'attività formativa effettuata nel corso degli ultimi anni, sono stati inoltre dedicati incontri formativi mirati alla conoscenza e alla sensibilizzazione dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza in riferimento alle regole di condotta e ai principi delineati nel codice di comportamento aziendale. Si rammenta che l'art. 8 del d.p.r. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore.

Nel triennio 2024 – 2026, su richiesta della Direzione strategica, il Codice, di cui alla deliberazione n. 437/2016, verrà, se necessario, aggiornato sulla scorta delle recenti linee guida ANAC per la redazione dei codici di comportamento dell'SSN.

Si evidenzia inoltre che l'Istituto con deliberazione n. 618/2023 in attuazione del D.Lgs. n. 200/2023 in materia di riordino degli IRCCS ha adottato il codice di condotta per l'integrità della ricerca.

Inconferibilità e incompatibilità

La UOC Risorse Umane è tenuta al momento del conferimento di nuovi incarichi a richiedere le dichiarazioni di esclusione dei motivi di inconferibilità e incompatibilità in base alla normativa in materia. Tale incombenza viene ripetuta con cadenza annuale. Il Servizio Ispettivo provvede inoltre, periodicamente, ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese. Le dichiarazioni di cui sopra sono rese disponibili sul sito aziendale.

L'Istituto, come misura anticorruptiva, a mezzo della deliberazione n.7 del 05/01/2018, ha adottato un regolamento in materia di disciplina degli incarichi esterni prestatati dal personale dipendente (art.53 del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.), in riferimento al quale è stata data pubblicità sulla sezione di Amministrazione Trasparente rubricata "atti amministrativi generali". Predetto regolamento delinea una dettagliata procedura di autorizzazione che rispecchia fedelmente le indicazioni dettate in materia dalle linee guida ANAC.

La UOC Risorse Umane procede periodicamente a effettuare controlli a campione sul rispetto delle procedure.

Conferimento incarichi dirigenziali

Con deliberazione n. 476/2019 la UOC Risorse Umane ha adottato il Regolamento per il Conferimento, Graduazione, Valutazione e Revoca degli Incarichi di Funzione, in linea con le misure anti-corruttive di cui alla delibera ANAC n. 1064 del 13.11.2019 (aggiornamento PNA). Con deliberazione n. 206 del 16/03/2019, l'Istituto ha provveduto ad aggiornare il "regolamento per il conferimento e la graduazione degli incarichi dirigenziali", consultabile su Amministrazione Trasparente, nell'ambito della sezione di primo livello rubricata "atti amministrativi generali". Recentemente con deliberazione n. 576 del 31.10.2024 l'Istituto ha provveduto ad aggiornare la graduazione degli incarichi della Dirigenza PTA.

RASA (Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto Responsabile dell'inserimento e dell'Aggiornamento annuale degli elementi identificativi della Stazione Appaltante stessa (RASA). Al fine quindi di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), l'Istituto con deliberazione n. 31/2017 ha individuato il RASA nella persona del Direttore della UOC ABS. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP – Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati

relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione adottata dall'Istituto.

Misure di minimizzazione del rischio corruttivo attuate nel settore dell'acquisizione di beni e servizi e di commissione di lavori

Relativamente agli appalti di lavori, servizi e forniture l'Istituto, in considerazione dell'elevato rischio corruttivo che connota *in re ipsa* il settore degli appalti pubblici, ha ritenuto opportuno attuare gradualmente le seguenti misure di prevenzione in parte dettate dalla più recente normativa in materia:

Digitalizzazione dei contratti pubblici

Dal 1° gennaio 2024 ha acquisito piena efficacia la disciplina del nuovo Codice dei contratti pubblici, approvato con decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, che prevede la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici.

La digitalizzazione si applica a tutti i contratti sottoposti alla disciplina del Codice, ossia contratti di appalto o concessione, di qualunque importo, nei settori ordinari e nei settori speciali.

La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita di un contratto pubblico comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Di conseguenza, l'Istituto, in conformità con quanto disposto dalla normativa, ha proceduto all'utilizzo delle piattaforme certificate per l'espletamento delle procedure di gara di qualunque importo.

Le indicazioni dettagliate relative all'avvio del processo digitalizzazione sono fornite nel Comunicato adottato da ANAC, d'intesa con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, con la delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023, consultabile sul sito dell'Autorità stessa.

Per dare attuazione alla digitalizzazione è stato realizzato un complesso sistema denominato "ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (e-procurement)". L'ecosistema si fonda sull'infrastruttura tecnologica della Piattaforma Digitale Nazionale Dati (PDND) per l'interoperabilità dei sistemi informativi e delle basi di dati.

La Banca dati nazionale dei contratti pubblici (d'ora in avanti BDNCP) è gestita da ANAC e interagisce, da un lato, con le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate utilizzate dalle stazioni appaltanti ed enti concedenti per gestire il ciclo di vita dei contratti, dall'altro con le banche dati statali che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti per gestire le varie fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici.

La BDNCP scambia dati e informazioni in modalità interoperabile con tutte le altre componenti dell'ecosistema.

Le modalità di funzionamento della BDNCP sono stabilite nel provvedimento ex articolo 23 del Codice, adottato con delibera n. 261 del 20 giugno 2023, consultabile sul sito ANAC. Grazie all'ausilio del nuovo portale PA 33 gli adempimenti saranno più rapidi e puntuali.

- **Infungibilità**

Quale misura anti-corruttiva è stato redatto dall'Istituto il Regolamento per l'acquisizione di beni Infungibili, sulla base della normativa allora vigente in materia di appalti d.lgs. n.50/2016. L'Istituto ha recepito, con la deliberazione n. 63 del 29/01/2018 di adozione del Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni in regime di infungibilità (pubblicata sulla sezione "atti amministrativi generali" di Amministrazione Trasparente) le direttive ANAC in materia. Attualmente le strutture sono tenute all'osservanza del nuovo codice degli appalti. Nel triennio 2025-2027 si procederà con la revisione e l'aggiornamento del regolamento di cui sopra, in considerazione dell'entrata in vigore del nuovo Codice di cui al d.lgs. n. 36/2023.

- **Programmazione**

L'Istituto provvede, ove possibile, quale misura anti-corruttiva, alla programmazione delle gare di importo elevato. Il Documento di programmazione viene pubblicato su Amministrazione Trasparente, nell'ambito della sezione di primo livello "bandi di gara e contratti". Ove possibile vengono programmate le gare per l'acquisizione di beni consumabili ai fini dell'attività di ricerca.

- **Albo fornitori**

È in fase di redazione il regolamento relativo all'albo fornitori dell'Istituto che verrà adottato nell'anno 2025 quale ulteriore misura anticorruttiva richiesta dalla normativa vigente.

Le strutture interessate UOC Servizio Tecnico, UOC ABS, UOSD Sistemi Informatici e Telecomunicazioni, Centro per la Formazione, UOS SAR sono tenute, per quanto di competenza, a riferire eventuali criticità riscontrate al RPCT in ordine all'applicazione delle suindicate misure.

Divieto di Pantouflage o Post-Employment

Il divieto di *pantouflage* o *post-employment* intende prevenire uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico. Il comma 16 ter dell'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 recita che: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri". Il predetto divieto è, dunque, finalizzato ad evitare che il dipendente pubblico possa sfruttare la conoscenza delle dinamiche organizzative che connotano gli uffici interni della pubblica amministrazione al fine di trarre vantaggi di natura patrimoniale o non patrimoniale. Nel contempo, la proibizione normativa in parola rappresenta uno "schermo protettivo" contro eventuali pressioni e condizionamenti esercitate da soggetti privati nei confronti di dipendenti pubblici, allo scopo di assoggettare l'attività istituzionale ai propri fini personali, attraverso la prospettazione di assunzioni o incarichi una volta cessato l'incarico di servizio. L'ANAC, con l'aggiornamento del PNA 2019 di cui alla delibera n. 1064 del 13.11.2019, ha chiarito che la disposizione normativa in discussione involge non solo i dirigenti e i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ma anche i dipendenti che abbiano inciso in maniera determinante sulla decisione (es. all'istruttoria). Per quanto attiene alle conseguenze della violazione del divieto in parola, il contratto concluso con il datore di lavoro privato è nullo ed inoltre il soggetto privato che ha assunto l'ex dipendente pubblico non potrà più stipulare contratti con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni. In ottemperanza al divieto de quo la UOC Risorse Umane ha predisposto una postilla ad hoc nel contratto tipo di assunzione, contenente uno specifico rinvio all'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. 165/2001.

Nel triennio la UOC Risorse Umane adeguerà la modulistica contrattuale tendendo conto del modello operativo per la verifica sul divieto di pantouflage di cui al recente PNA 2022e s.m.i..

Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza provvede periodicamente a verificare lo stato di attuazione delle misure preventive succitate attraverso l'acquisizione di una relazione redatta dai referenti per la prevenzione della corruzione.

Il monitoraggio periodico delle misure previste nel PTPCT costituisce un adempimento necessario per garantire l'effettiva attuazione del piano.

Le relazioni sullo stato di attuazione delle misure anticorruptive sono trasmesse al RPCT con cadenza semestrale sull'indirizzo di posta elettronica dedicato: trasparenza@inmi.it, dopo aver inoltrato il documento a mezzo del protocollo telematico dell'Istituto.

Coinvolgimento degli Stakeholder nella redazione del PTPCT

L'esigenza di sollecitare il coinvolgimento degli *stakeholder* (i singoli cittadini/utenti, le associazioni portatrici di interessi collettivi, le organizzazioni sindacali, le imprese fornitrici ecc.) dello Spallanzani nella predisposizione del PTPCT è stata, da ultimo, ribadita dall'ANAC con la deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 di approvazione del PNA 2019. La suddetta collaborazione tra gli *stakeholder* e il RPCT assolve, quindi, ad una duplice funzione: da un lato consente al cittadino di esercitare un attivo controllo sociale sull'impiego delle risorse pubbliche, dall'altro permette all'ufficio del RPCT di applicare gli strumenti di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, adottati dall'ANAC, in modo "flessibile" ovvero aderente allo specifico contesto economico, sociale e culturale in cui la P.A. opera concretamente.

Nel triennio 2025-2027 potranno essere organizzate giornate sulla trasparenza e la prevenzione della corruzione a cui potranno partecipare tutti gli *stakeholder* dell'Istituto.

Ulteriori misure specifiche

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La Direzione Sanitaria dell'Istituto ha intrapreso le seguenti misure a tutela del libero arbitrio dei familiari del defunto nella scelta dell'agenzia funebre:

1. utilizzo di modulistica *ad hoc* per la presa in carico delle salme;
2. affissione di un apposito avviso presso la Morgue a supporto della autonomia dei familiari nella scelta di Agenzia di onoranze funebri;
3. utilizzo di un modello standard di delega per il ritiro dei documenti per le esequie, fornito dalla Segreteria della Direzione Sanitaria;
4. nelle istruzioni operative dell'Istituto viene indicato che *"Nessun dipendente dell'Istituto od operatore/visitatore a qualsiasi titolo presente in Istituto è autorizzato a dare indicazioni o suggerimenti a chicchessia, in merito alla scelta dell'Impresa di Onoranze Funebri. È fatto espresso divieto a chiunque di procacciare o fare opera di mediazione diretta o indiretta delle*

prestazioni e dei servizi di onoranze funebri all'interno dell'Istituto "Lazzaro Spallanzani". Non è autorizzata alcuna forma di pubblicità, diretta o indiretta, all'interno dell'INMI, da parte di Imprese di Onoranze Funebri".

Il servizio di ausiliari in riferimento al trasporto e gestione delle salme per la Morgue è attualmente affidato alla Cooperativa Nuova Sair.

Attività libero professionale e liste di attesa

Si è ritenuto opportuno porre in essere alcune misure di prevenzione alla creazione di posizioni di privilegio e/o profitti indebiti nell'ambito dell'attività libero professionale all'interno dell'Istituto (ALPI). Sono pertanto state applicate, sempre sulla base delle indicazioni contenute nella Determina ANAC n. 12/2015, le seguenti misure:

- aggiornamento del Regolamento Aziendale ALPI, approvato a mezzo della Deliberazione n. 385 del 21/07/2022;
- informatizzazione delle liste di attesa;
- obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il ReCUP nonché adozione di un sistema di gestione informatizzata dell'ALPI.

Il Responsabile ALPI provvede a monitorare il rispetto delle disposizioni di cui sopra riferendo semestralmente al Responsabile Anticorruzione.

Il Responsabile ALPI dell'Istituto ha inoltre provveduto a relazionare in merito all'attuazione del regolamento aziendale ALPI (Deliberazione n. 385 del 21/07/2022), nonché all'adozione un sistema di gestione informatizzata delle liste di attesa, in aderenza alla Determina ANAC n. 12/2015.

È, inoltre, ripresa la pubblicazione su Amministrazione Trasparente delle tempistiche di attesa medie per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, in modo parallelo al riavvio della erogazione delle visite ambulatoriali e degli esami diagnostici. La pubblicazione mensile delle tempistiche di attesa media per l'erogazione di esami diagnostici e visite specialistiche consente di ridurre l'asimmetria informativa intercorrente tra il paziente e il medico specialista, riducendo la probabilità di insorgenza di eventi corruttivi.

Il nuovo regolamento aziendale disciplina l'attività libero professionale intramuraria, dettagliando le modalità operative inerenti alle prestazioni relative all'attività specialistica e di laboratorio. La revisione della procedura aziendale sulla gestione dell'attività libero professionale intramuraria ha consentito di ridurre i fattori di rischio connessi alla gestione del settore di attività in parola, imponendo dei vincoli procedurali dettagliati agli specialisti e ai laboratoristi.

Farmaci

La gestione informatizzata del “magazzino farmaci” costituisce una importante misura anticorruptiva per l’Istituto. Il Responsabile UOC Farmacia proseguirà nell’azione di provvedere a monitorare nell’arco del triennio il rispetto delle disposizioni di cui sopra riferendo semestralmente lo stato di attuazione delle stesse al Responsabile Anticorruzione.

Sperimentazioni cliniche

I proventi derivanti alle aziende sanitarie ed in particolare agli IRCCS a seguito di sperimentazioni cliniche, specie nel caso di studi clinici randomizzati interventistici con farmaci che devono essere introdotti sul mercato, possono assumere una consistenza molto rilevante. Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le ditte farmaceutiche e gli sperimentatori, si tratta di un’attività a rischio corruttivo. L’azione dei Comitati Etici (di seguito CE), volta ad accertare la scientificità e la eticità del protocollo di studio, non fornisce specifiche garanzie al riguardo.

Al fine di gestire, in un’ottica di prevenzione della corruzione, la discrezionalità degli sperimentatori nell’attribuzione dei proventi, la Direzione Scientifica e le strutture dell’INMI Interessate hanno aggiornato il regolamento con deliberazione n. 7 dell’ 8/1/2019 con un disciplinare che indichi le modalità di ripartizione dei proventi, detratti i costi da sostenersi per la conduzione della sperimentazione e l’overhead dovuto all’INMI per l’impegno degli uffici addetti alle pratiche amministrative ed il coordinamento generale secondo i criteri indicati nella delibera ANAC n.831/2016 (PNA 2016) e dal Piano della Ricerca Sanitaria. Tale regolamento è stato validato dal Comitato Etico ed adottato come misura anti-corruttiva.

In occasione dell’approvazione delle sperimentazioni, sia il PI sia il CE territoriale dichiarano l’assenza di conflitti di interesse.

Alienazione degli immobili

In riferimento alla cessione di immobili a terzi da parte dell’Istituto, anche provenienti da atti di liberalità (donazioni e successioni) è possibile prefigurare possibili eventi rischiosi riconducibili alla valorizzazione del patrimonio da alienare e alle procedure con le quali viene effettuata la vendita o la locazione (o anche dal loro mancato utilizzo o messa a rendita). Non è da trascurare anche il rischio del progressivo intenzionale deterioramento del bene per ridurne il valore commerciale. Se parte del patrimonio non viene direttamente utilizzato per attività assistenziali o comunque per attività amministrative e gestionali aziendali sono previste forme di messa a reddito di tale patrimonio (ad es. attraverso la cessione o la locazione) o comunque un utilizzo per finalità proprie dell’azienda anche

a livello interaziendale (es. per l'attività libero professionale, uffici amministrativi, ecc.). In questo contesto, come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA, devono essere rispettati gli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, ovvero la pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili (ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore) a qualsiasi titolo posseduti o detenuti (ad es. proprietà e altri diritti reali, concessione ecc.), dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti dalle amministrazioni.

L'UOC Servizio Tecnico, inoltre, nell'anno 2021, ha provveduto alla ricognizione e al riallineamento catastale di tutti gli immobili così come indicato nel Piano 2021-2023. È stata aggiornata la sottosezione "Beni immobili e gestione del patrimonio" di Amministrazione Trasparente contenente i dati identificativi degli immobili.

Allo stato non vi sono altre procedure di alienazione programmate in atto, mentre risultano programmati progetti per la realizzazione dei nuovi laboratori meglio esplicitati nelle altre sezioni del presente documento programmatico.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SEZIONE 3.01 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Istituto si articola attualmente in 2 Dipartimenti direttamente gestiti ("Clinico e di Ricerca delle Malattie Infettive", ed "Epidemiologia Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata") e di un dipartimento interaziendale trapianti (POIT) di seguito descritto. Tutti i dipartimenti sono articolati in Unità Operative Complesse (U.O.C), Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) ed Unità Operative Semplici (U.O.S.). Oltre alle strutture sanitarie l'Istituto è dotato di strutture amministrative di supporto, organizzate in U.O.C., U.O.S.D e UOS.

Con DGR Regione Lazio n. 159/2007 è stato istituito il "Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti (POIT)", struttura integrata tra l'Istituto Spallanzani e l'Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini deputata ai trapianti di pancreas, fegato e rene; alcune UO dell'Istituto, che pure partecipano all'attività e ai percorsi clinici e di ricerca delle malattie infettive dell'Istituto, costituiscono, unitamente ad alcune UUOO dell'AO S. Camillo Forlanini, il Dipartimento Interaziendale Trapianti che sostanzia l'articolazione organizzativa dipartimentale interaziendale del POIT; tali UU.OO. a funzione interaziendale sono la UOC Rianimazione e Terapia Intensiva, la UOC Malattie Infettive-Epatologia e la UOSD Isto-Cito e Anatomia Patologica.

Con delibera del Direttore Generale n. 487 del 16.07.2019 è stato adottato il vigente regolamento di organizzazione e funzionamento dell'INMI Spallanzani (modifica delibera n. 699/2017) successivamente trasmesso, per la definitiva approvazione, alla Regione Lazio (DCA 296 del 23.07.2019).

In ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 200/2022, la Direzione Strategica ha predisposto l'ipotesi di adeguamento del vigente Regolamento di Organizzazione e funzionamento, riallineando di fatto le funzioni di Ricerca e le strutture preesistenti sotto la diretta responsabilità e direzione del Direttore Scientifico, con deliberazione n. 516 del 4/10/2024. Attualmente il Regolamento è in fase di approvazione da parte della Regione Lazio, mentre ha ricevuto parere favorevole da parte del Ministero della Salute con nota prot. INMI 11988 del 22/11/2024. Di seguito si riportano in ordine l'organigramma vivente di cui alla deliberazione n. 487/2019 e l'organigramma in corso di validazione da parte dei competenti uffici regionali, di cui alla deliberazione n. 516/2024.

Figura 1 - Organigramma INMI di cui alla Deliberazione n. 487/2019

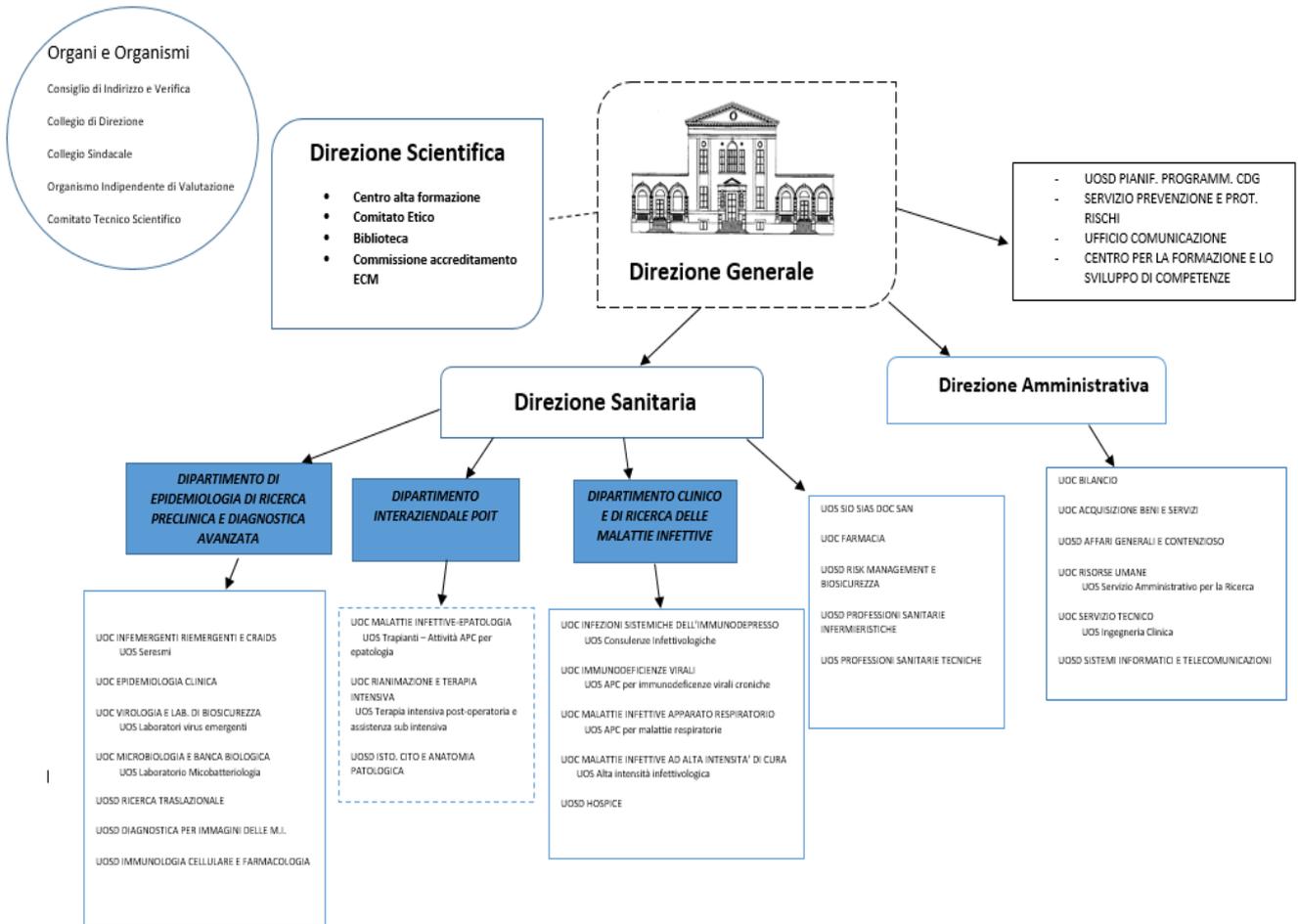
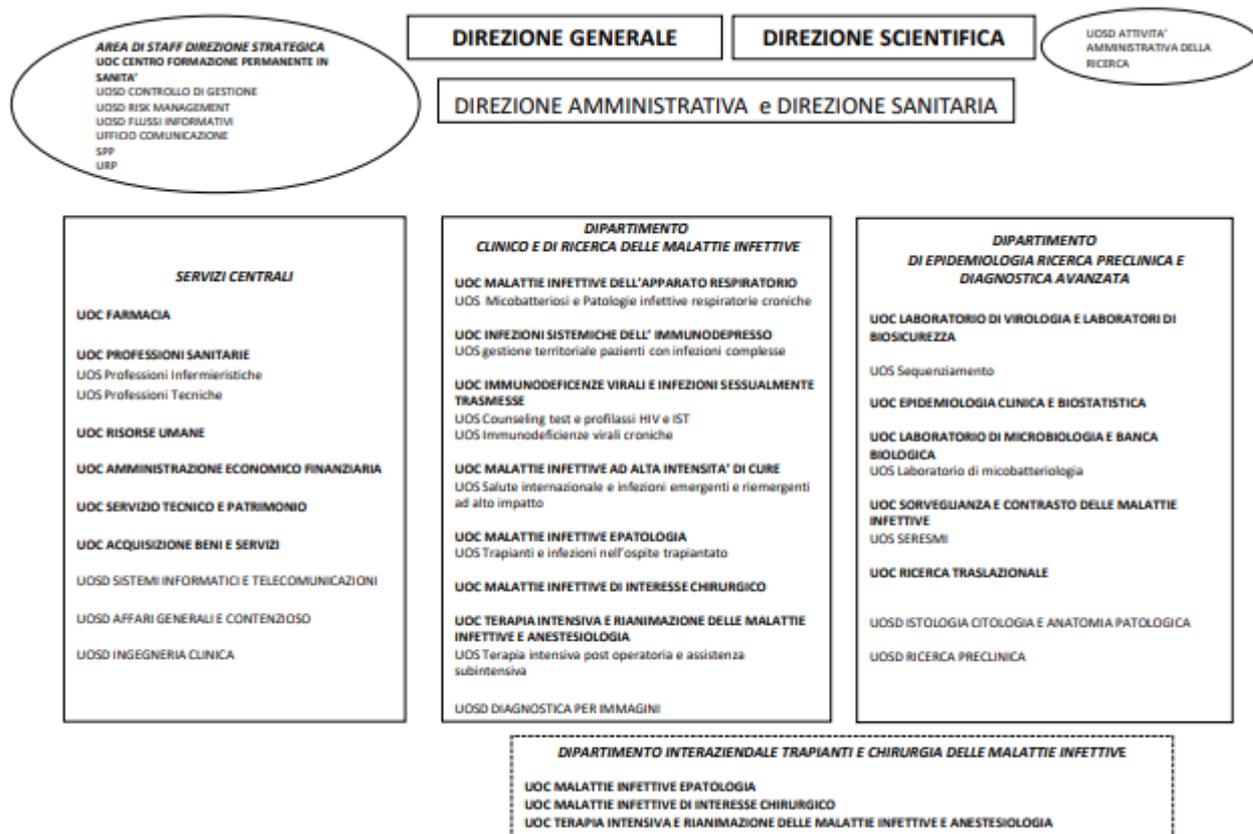


Figura 2 - Organigramma INMI di cui alla Deliberazione n. 516/2024



La Pandemia da SARS-CoV-2 ha inciso in maniera profonda sul profilo organizzativo dell'Istituto, con specifico riguardo all'incremento della dotazione di posti letto e delle risorse umane. In data 30 gennaio 2020, la propagazione incontrollata ed esponenziale dell'RNA betacoronavirus2, denominato SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), ha determinato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a dichiarare lo stato di emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale. L'11 marzo 2020, atteso il palese fallimento di ogni misura di contenimento attuata su scala globale al fine di arrestare la diffusione dell'agente patogeno succitato, l'OMS ha proclamato lo stato di Pandemia. Fin dai primordi della Pandemia, tuttora in evoluzione, l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani ha assunto il ruolo di avanguardia nella lotta senza quartiere, intrapresa dal Sistema Sanitario Nazionale, contro i devastanti effetti sociosanitari che ne sono scaturiti. La posizione di prima linea ricoperta dall'INMI nella gestione dell'emergenza sanitaria discende dal riconoscimento come Polo per lo studio e la cura delle malattie infettive di cui gode l'Istituto presso la comunità scientifica internazionale.

Nel corso del 2002, l'Unione Europea ha annoverato l'INMI tra le strutture per la diagnostica di virus ad alta pericolosità.

L'Istituto è stato inoltre accreditato nel 2009 come Centro collaboratore dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'assistenza, la diagnosi, la risposta e la formazione sulle patologie ad elevata pericolosità. Successivamente, l'INMI è stato incluso da parte della Commissione Europea tra le Infrastrutture di Ricerca di interesse Pan-europeo nell'ambito dell'ESFRI (*European Strategy Forum on Research Infrastructures*) per il programma *European Research Infrastructure on Highly Pathogenic Agents* (2011).

Sulla scia del già menzionato curriculum scientifico, la strategia di contenimento e gestione dell'emergenza sanitaria posta in essere dal Sistema Sanitario Nazionale si è imperniata sul diretto coinvolgimento dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani come centro di riferimento nazionale. A coronamento del suddetto processo, l'Istituto, quale centro nevralgico della rete nazionale delle malattie infettive, è stato trasformato in COVID-19 HOSPITAL, ovvero in una Struttura interamente dedicata all'assistenza di pazienti affetti da COVID-19, con correlata sospensione di tutte le attività ambulatoriali.

L'esigenza di fronteggiare in modo sollecito ed efficace la Pandemia da Covid-19 ha comportato un notevole incremento quali-quantitativo delle risorse umane in servizio presso l'INMI. Nel corso del periodo incluso tra il 31.12.2019 ed il 31.12.2020 è stato realizzato un incremento di organico pari a 311 unità di personale, assunte prevalentemente in funzione della necessità di contenere gli effetti della propagazione della Pandemia da Covid-19.

È in corso il processo di attualizzazione organizzativa delle aree ospedaliere finalizzato all'adeguamento delle stesse all'attuale scenario post pandemico, con l'obiettivo strategico di mantenere il ruolo di leadership INMI Spallanzani nella lotta all'antibiotico – resistenza, alle infezioni correlate all'assistenza e alla lotta ai patogeni emergenti e riemergenti.

SEZIONE 3.02 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In aderenza alle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) predisposte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica si provvede ad inserire una sezione dedicata al POLA. L'emergenza sanitaria ha reso necessario ricorrere a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, costringendo molte realtà lavorative ad attuare celermente quanto in parte già previsto dall'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n.124 e modificato dal “decreto rilancio” (art. 263, comma 4 bis, del decreto-legge 19/5/2020 n. 34).

Alla luce di quanto sopra rappresentato, è stato predisposto un Piano Organizzativo del Lavoro Agile con Deliberazione n. 369 del 27/07/2023, partendo da un ripensamento della previgente organizzazione aziendale al fine di garantire un'adeguata attuazione e un progressivo sviluppo del lavoro agile, studiando un programma di sviluppo in un arco temporale triennale. Le fasi progettuali del programma di sviluppo sono state:

- 1) Analisi delle condizioni abilitanti (misure organizzative, percorsi formativi, risorse, requisiti tecnologici);
- 2) Analisi delle modalità di realizzazione e valutazione sulla percentuale dello stato di implementazione;
- 3) Costruzione di strumenti di rilevazione e misurazione dei risultati;
- 4) Analisi degli impatti interni ed esterni. In questa fase si ragionerà sugli indicatori del POLA, in particolare sullo stato di implementazione dello stesso, sulla performance organizzativa, sulla performance individuale e sui comportamenti da osservare.

Da un punto di vista di infrastruttura abilitante il lavoro agile, si è provveduto a garantire un accesso semplificato ai principali servizi informatici aziendali anche dall'esterno. In particolare, sono stati attivati servizi cloud per le attività di Office Automation (Office 365), garantendo un accesso diretto ai servizi di posta elettronica, ai principali software di editing digitale (Word, Excel) direttamente da rete internet, tramite autenticazione sicura del dipendente.

Sono stati attivati servizi aziendali di condivisione documentale, tramite strumenti cloud quali Microsoft Sharepoint e Microsoft Teams. Sempre tramite piattaforma Teams si garantisce la “presenza virtuale” dei dipendenti a riunioni e gruppi di lavoro anche da casa ed in tempo reale, consentendo al contempo la partecipazione a progetti condivisi.

Per le applicazioni residenti su server aziendali, è attivo un servizio di collegamento sicuro tramite l'utilizzo di VPN (Zero Trust Network Access / Multi Factor Authentication), con

riconoscimento individuale del dipendente. Tra queste applicazioni: sistema amministrativo contabile, workflow per atti amministrativi, protocollo informatico, applicazioni cliniche e diagnostiche. Le applicazioni in questione sono attualmente in fase di migrazione verso il Polo Strategico Nazionale (PSN) per renderle accessibili tramite il cloud computing.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile è stato definito nel Regolamento approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 369 del 28.07.2023, il quale sarà potenziato, in particolare per il personale amministrativo, durante l'anno 2025 tenendo anche conto dell'evento del Giubileo 2025. Ai sensi del sopracitato Regolamento, il lavoro agile è regolato, per ciascun lavoratore, da accordi individuali - sottoscritti con il dirigente/responsabile di struttura – che calano nel dettaglio obiettivi e modalità *ad personam* dello svolgimento della prestazione lavorativa. Sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali, che vadano nel senso sopra indicato.

Gli accordi individuali sottoscritti nel corso del 2024 possono così essere schematizzati:

N. ACCORDI ATTIVI 2024	N. ACCORDI IN ATTESA DI AUTORIZZAZIONE NEL 2024	N. ACCORDI SCADUTI 2024
14	1	8

SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Personale in servizio al 31.12.2024 consta di n. 838 unità, considerando sia il personale a tempo indeterminato che determinato, ripartite secondo lo schema riepilogativo riportato in calce:

SUDDIVISIONE PER RUOLI	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2024
SANITARIO	
Direttori S.C. Medici	6
Dirigenti Medici	124
Direttori S.C. sanitari	2
Dirigenti sanitari	41
Dirigenti professioni sanitarie	1
Personale infermieristico	380
Personale tecnico sanitario (cat.D)	63
Personale di riabilitazione (cat. D)	7
Personale di prevenzione (cat. D)	3
CPS Assistente sanitario	2
TOTALE SANITARIO	629
PROFESSIONALE	
Dirigenti	5
Comunicatore istituzionale	1
Assistente religioso	2
TOTALE PROFESSIONALE	8
TECNICO	
Collaboratori Tecnico-Profess. (cat. D)	4
Assistenti sociali (cat. D)	3
Operatori tecnici (cat. B) *(cat. D) (cat. BS)	63
Ausiliari (cat. A) *	10
Assistente tecnico (cat.C)	2
TOTALE TECNICO	82
AMMINISTRATIVO	
Dirigenti	6
Collaboratori amm.vi (cat. D)	22
Assistenti amm.vi (cat. C)	44
Coadiutori amm.vi (cat. B)	8
Commessi (cat. A)	0
TOTALE AMMINISTRATIVO	80
Ricercatori sanitari	29
Collaboratori di ricerca	10
TOTALE GENERALE	838

Il presente ambito di analisi evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini ed i comportamenti dei soggetti che operano all'interno dell'organizzazione. Le successive schede, in particolare, sintetizzano l'analisi quali quantitativa delle risorse umane attraverso la rilevazione, al 31 dicembre 2024:

Analisi caratteri quali quantitativi

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	46,97
Età media dei dirigenti (anni)	49,20
Personale a tempo indeterminato e personale dirigente assunto in servizio nel corso dell'anno	55 comprese stabilizzazioni
% dirigenti in possesso di laurea	100%

Analisi del benessere organizzativo

INDICATORI	VALORE
Tasso di assenze personale comparto (dati 2023)	31,54%
Tasso di assenze personale dirigente (dati 2023)	17,48%
Tasso di infortuni	4,54%
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto	2.580,38
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti	5.767,90
% di personale assunto a tempo indeterminato	92,34%

Analisi di genere

INDICATORI	VALORE
% di dirigenti donne	68,64%
% dirigenti uomini	31,35%
% di donne rispetto al totale del personale	70,62%
% di uomini rispetto al totale del personale	29,35%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	92,56%
Età media del personale femminile non dirigente	45,50
Età media del personale femminile dirigente	48,16

La Relazione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il triennio 2024– 2026 è stata elaborata e trasmessa in Regione il 16/09/2024. Di seguito verranno rappresentati i dati contenuti nel Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il 2024, 2025 e 2026.

Si precisa che preventivamente alla redazione del piano di fabbisogno del personale è stata prestata particolare attenzione all’efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base delle capacità individuali, delle conoscenze, specializzazioni e capacità produttiva. Con particolare riguardo è stato considerato il personale dipendente con capacità lavorativa ridotta ricollocandolo nella maniera più idonea.

Il piano del fabbisogno di personale è stato realizzato tenendo conto della dimensione economico-finanziaria e di efficienza operativa che ha come obiettivo quello di valutare come sono utilizzate le risorse, complessivamente attraverso l’analisi di bilancio ed analiticamente per particolari aspetti quali la produttività dei dipendenti. Un altro obiettivo di questa dimensione è stato la valutazione relativa all’utilizzo dei meccanismi gestionali per avere il quadro informativo completo derivante dagli indicatori di bilancio.

Le previsioni iscritte in bilancio sono compatibili con la programmazione del fabbisogno di personale. La programmazione contenuta nel presente documento è conforme alle disposizioni normative vigenti, raccordando le risorse finanziarie disponibili alle strategie complessive per il triennio di riferimento.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale è stato redatto confermando inderogabilmente che la spesa derivante dai piani assunzionali è coerente con le risorse economiche come definite in fase di assegnazione del budget ed è garantito il rispetto dei vincoli e dei limiti di spesa assunzionali, assumendosi la responsabilità, sia per quanto attiene alla Direzione strategica aziendale sia per quanto attiene agli uffici direttamente responsabili, dell’eventuale aggravio di spesa da questa risultante.

Dalla Relazione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il triennio 2024– 2026 è stata elaborata e trasmessa in Regione si evince quanto segue:

PROFILO PROFESSIONALE	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2026
Medici	16	1	3
Dirigenti Sanitari non medici	1	0	0
Dirigente Amministrativo	2	0	0
Dirigente Professioni Infermieristiche	1	0	0
Infermieri	0	2	11
Operatori Socio Sanitari	12	0	0

Collaboratore Prof. Sanitario Assistente Sanitario	2	0	0
Collaboratore Prof. Sanitario Fisioterapista	2	0	0
Collaboratore Prof. Sanitario Ostetrica	2	0	0
Assistente Sociale	2	0	0
Assistente Tecnico	1	0	0
Ausiliario specializzato	0	1	1
Operatore Tecnico	1	0	1
Collaboratore Prof. Sanitario Tecn. Sanitario di Lab. Biomedico	4	0	0
Collaboratore Prof. Sanitario di Radiologia Medica	3	2	0
Assistente Amministrativo	5	0	1
Collaboratore Amministrativo	7	0	0
Ricercatore Sanitario	8	2	0
Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria	9	3	0

L'Istituto ha indetto n. 4 bandi relativamente alle stabilizzazioni, ai sensi dell'art. 1, comma 268 lettera b) della Legge 234/2021 e s.m.i., di cui due con i requisiti al 31/12/2023 e due con i requisiti al 30/06/2024 secondo la tabella sottostante:

- Requisiti al 31/12/2023 procedura in fase conclusiva:

- ✓ Dirigenza Area Sanità (Bando Indetto in data: 03/06/2024)

PROFILO PROFESSIONALE	UNITA'
DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA MALATTIE INFETTIVE	5
DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4
DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	2
DIRIGENTE FARMACISTA	3
DIRIGENTE BIOLOGO	1

- ✓ Area Comparto per 16 profili (Bando indetto in data 16/09/2024)

PROFILO PROFESSIONALE	UNITA'
INFERMIERE	5
OPERATORE SOCIO SANITARIO	7
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	4

- Requisiti al 30/06/2024 da concludersi entro il mese di Febbraio 2025:

- ✓ Area Comparto (Bando indetto in data 05/11/2024)

PROFILO PROFESSIONALE	UNITA'
OPERATORE SOCIO SANITARIO	3

✓ Area Comparto (Bando indetto in data 15/11/2024)

PROFILO PROFESSIONALE	UNITA'
SPECIALISTA PER LA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	1

Riguardo al fabbisogno di personale anni 2024-2026 del SERESMI si comunica che al momento attuale siamo in fase assunzionale per un n. 1 unità di personale nel profilo professionale di Tecnico della Prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro. Al momento non vi sono previsioni di nuove assunzioni per il restante periodo.

L'Istituto a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs n. 200 del 23 dicembre 2022 di riordino della disciplina degli IRCCS qualora si rendesse necessario provvederà ad inviare eventuali integrazioni e/o modifiche al presente piano triennale dei fabbisogni.

SEZIONE 3.04 PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE

La formazione e l'aggiornamento continuo costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale del personale. L'investimento sulle conoscenze, sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane rappresenta un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti e per stimolarne la motivazione, strumento strategico per la realizzazione degli obiettivi programmati e per il miglioramento continuo dei processi aziendali e, conseguentemente, elemento chiave per la qualità dei servizi e la garanzia della tutela della salute.

L'investimento sulla formazione del capitale umano è imprescindibile per mantenere alto il livello della qualità assistenziale sanitaria e sociosanitaria in termini di sicurezza, efficacia ed efficienza.

La programmazione e la gestione delle attività formative mirate allo sviluppo delle risorse umane devono essere condotte anche tenendo conto delle molteplici disposizioni normative emanate nel corso degli anni, tra cui di seguito:

- l'art. 1 lett. c) del D. Lgs 165/2001 secondo il quale nell'organizzazione degli uffici e nei rapporti di lavoro e di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche si operi al fine di “realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane nelle pubbliche amministrazioni, curando la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti”;
- il CCNL del Comparto Sanità (TRIENNIO 2019 - 2021) e CCNL dell'Area della Dirigenza Medica e SPTA del Servizio Sanitario Nazionale del 03/11/2005, con specifici articoli dedicati alla formazione del personale ed alla formazione continua in medicina (ECM);
- la L. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, e i successivi decreti attuativi (in particolare il D.lgs. 33/13 e il D.lgs. 39/13) con specifici adempimenti per la Pubblica Amministrazione nel garantire una formazione differenziata di livello base e specifico per i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- Il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali – Regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR) - che prevede l'obbligo di formazione per tutte le figure (dipendenti e collaboratori) presenti nell'organizzazione;
- il D. Lgs. n. 82/2005 e s.m.i. - Codice dell'amministrazione digitale (CAD) che riserva l'art. 13. alla “Formazione informatica dei dipendenti pubblici”;

- il D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 T.U. in materia sulla salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro che dispone all'art.37 che "Il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza...";
- il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con l'introduzione all'art.6 del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e della relativa adozione da parte delle Pubbliche Amministrazioni con sezione dedicata alla formazione e qualificazione del personale;
- il "Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale" firmato il 10 marzo 2021 tra il Presidente del Consiglio, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e i Segretari generali di Cgil, Cisl e Uil, che prevede la semplificazione dei processi ed un importante investimento in capitale umano, con valorizzazione del personale, in cui ogni pubblico dipendente dovrà essere titolare di un diritto/dovere soggettivo alla formazione e per tale scopo bisognerà utilizzare i migliori percorsi formativi disponibili, adattivi alle persone, certificati;
- il Piano strategico per lo sviluppo del capitale umano della Pubblica amministrazione "Riformare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" pubblicato il 10/01/2022 dal Dipartimento della Funzione Pubblica che mette la formazione al centro delle strategie della PA, con una duplice valenza: rafforzare le competenze individuali dei singoli dipendenti e rafforzare strutturalmente le amministrazioni pubbliche, nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese; tale piano si concretizza in due interventi fondamentali ossia l'iniziativa "PA 110 e lode" che, tramite protocollo d'intesa tra Dipartimento della Funzione Pubblica ed Università, consente a tutti i dipendenti pubblici che lo vorranno di usufruire di un incentivo per l'accesso all'istruzione terziaria ed innalzare il proprio livello di formazione;
- la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 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*" che fornisce "indicazioni metodologiche e operative per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative", considerate uno dei principali strumenti per migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese, e affidate ai dirigenti, per i quali rappresentano un obiettivo di performance, partendo con le competenze digitali, attraverso la piattaforma "*Syllabus, Nuove*

competenze per le pubbliche amministrazioni” promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che consente alle Amministrazioni aderenti, di mettere a disposizione per i propri dipendenti una piattaforma on-line con moduli formativi per colmare i gap di conoscenza e per migliorare le competenze per partecipare attivamente alla transizione digitale della PA.

La programmazione delle attività formative mirate allo sviluppo delle risorse umane nel settore sanitario e nel contesto dell'IRCCS si iscrive altresì nel quadro dei più recenti e significativi provvedimenti di riforma del SSN (in primis il DM77/2022 di rafforzamento strutturale dell'assistenza territoriale, il D. Lgs. 200/2022 di riforma della disciplina degli IRCCS, il DM 7 settembre 2023 recante “Fascicolo sanitario elettronico 2.0”, etc.) e degli investimenti favoriti dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in risposta alle criticità emerse nell'esperienza pandemica e all'evoluzione della domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali.

Il suindicato quadro muove dalla necessità di poter contare su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

Il Centro di formazione permanente in sanità

Con Deliberazione della Giunta regionale 28 marzo 2024, n. 178 recante “Istituzione del Centro di formazione permanente in sanità”, l' INMI è stato individuato dalla Regione Lazio quale struttura “Capofila” a supporto della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, nel coordinamento e nella gestione delle diverse fasi (progettazione, organizzazione, gestione amministrativa e finanziaria) di progetti formativi a rilevanza regionale, operando in raccordo con la suddetta Direzione regionale e con le Aziende e gli Enti del SSR sia per la rilevazione dei fabbisogni formativi che per la realizzazione delle iniziative formative. La programmazione dell'attività dell'INMI si coniuga, dunque, con le finalità che lo stesso persegue in ragione del mandato regionale, volte cioè a:

- erogare attività di formazione e aggiornamento del personale operante all'interno del servizio sanitario regionale, nonché di supporto alla promozione della ricerca scientifica in campo sanitario;

- promuovere e sviluppare le competenze del personale, sia sanitario che non sanitario, aggiornandole sui nuovi modelli organizzativi e gestionali, e contribuendo allo sviluppo del livello qualitativo dei servizi sanitari e sociosanitari regionali;
- realizzare, in un quadro di sviluppo complessivo delle competenze del personale chiamato ad operare all'interno dei servizi sanitari, iniziative di elevata formazione, e sviluppare iniziative per garantire che gli operatori delle aziende sanitarie, pubbliche o private convenzionate, mantengano e aggiornino le proprie competenze, conoscenze e abilità in un ambiente in cui la medicina e la sanità stanno rapidamente evolvendo, e in cui i modelli organizzativi devono essere adeguati al cambiamento e alla innovazione anche tecnologica oltre che normativa, mediante:
 - a) la promozione e condivisione dei fondamentali obiettivi di garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario;
 - b) l'offerta di programmi educativi e formativi continuativi per professionisti del settore sanitario, con attenzione ai processi volti alla promozione di iniziative formative finalizzate al miglioramento continuo delle conoscenze, delle capacità gestionali, manageriali e tecnico-professionali;
 - c) il sostegno per lo sviluppo di comportamenti professionali in grado di diminuire il rischio professionale e favorire l'individuazione e l'adozione di buone pratiche;
 - d) la gestione di strumenti atti ad attuare politiche di programmazione sanitaria e interventi volti al miglioramento continuo della qualità;
 - e) l'investimento e l'accrescimento delle competenze fondamentali nelle aree di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, di gestione delle risorse umane e dell'organizzazione del lavoro, di gestione economico-finanziaria, gestione di processi organizzativi e strategici, gestione di processi di procurement;
 - f) l'offerta di conoscenze e competenze inerenti gli strumenti del controllo di gestione al fine di condividere una metodologia operativa di progettazione e implementazione dei sistemi di controllo condivisi a livello centrale regionale;
 - g) la gestione di elementi a supporto della ricerca dell'efficienza e della flessibilità del nuovo sistema sanitario;
 - h) l'acquisizione di competenze gestionali per rispondere alle innovative richieste del settore e dei nuovi modelli organizzativi dei Servizi Sanitari Territoriali previsti dal PNRR e dal Decreto Ministeriale 77/2022;

- i) l'attivazione di un gruppo di formatori in grado di facilitare lo scambio di competenze e best practice tra tutti gli enti e i livelli coinvolti;
- j) la presentazione di un'offerta formativa, da parte di tutte le aziende, coerente con la programmazione regionale.

L'IRCCS INMI "Lazzaro Spallanzani" nella qualità di Centro di Formazione Permanente opera, infine, in raccordo con gli Atenei per l'eventuale realizzazione di master, corsi di perfezionamento, corsi di alta formazione che possono essere offerti ai professionisti del SSR.

Principi della formazione

Le attività di formazione si ispirano ai seguenti principi:

- valorizzazione del capitale umano presente in Istituto;
- incentivazione di comportamenti innovativi che consentano di sostenere i processi di cambiamento organizzativo;
- continuità nella formazione ed aggiornamento per garantire il costante adeguamento delle competenze professionali dei dipendenti;
- uguaglianza ed imparzialità nell'offerta formativa;
- rilevazione dei bisogni formativi di ogni struttura al fine di conoscere le priorità formative del personale ed intervenire con una progettazione e programmazione adeguata alle esigenze rilevate;
- efficacia rilevata tramite monitoraggio con strumenti di valutazione del gradimento e dell'impatto nel contesto lavorativo;
- efficienza in termini di impiego ottimale delle risorse disponibili per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Rilevazione dei bisogni formativi ed obiettivi della formazione

Le attività in tema di formazione da porre in essere, in una programmazione formativa basata su una proiezione triennale che si articola poi in piani operativi annuali, sono rivolte principalmente alle seguenti finalità:

- aggiornamento continuo sulla gestione delle malattie infettive secondo le più recenti indicazioni di pratica clinica e studi scientifici;
- strutturare percorsi di valutazione della qualità dei processi;
- supportare il raggiungimento degli obiettivi strategici;
- colmare i gap relativi a conoscenza ed abilità dei dipendenti, contribuendo al loro sviluppo professionale e personale;

- aggiornare le conoscenze in merito ad adempimenti previste da normative, per la gestione e semplificazione dei processi operativi con una maggiore efficienza dei servizi;
- rafforzare le competenze manageriali e gestionali per la dirigenza e i funzionari responsabili di servizi;
- agevolare l'evoluzione dei processi, dell'organizzazione e del benessere sul lavoro.

Al fine di censire i bisogni formativi del personale dell'INMI L. Spallanzani, la UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità ha richiesto con mail del 11/12/2024 ai Direttori di UOC e ai Dirigenti Responsabili UOSD e UOS e Centri/Servizi la presentazione di proposte formative.

In un'ottica di coesione tra UU.OO., è stato richiesto di individuare argomenti con obiettivi trasversali nello sviluppo dei programmi formativi, in linea con gli obiettivi aziendali e regionali.

Si terrà conto altresì di quanto disposto dalla determinazione regionale n.G16918 del 15/12/2023 avente ad oggetto: *“Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025”* e dal documento programmatico *“Programma Nazionale ECM 2023-2025”* approvato dalla Commissione Nazionale Formazione Continua nella seduta del 17/01/2024.

La documentazione pervenuta viene sottoposta alla validazione del Comitato Scientifico di Provider, nella seduta di discussione ed approvazione del Piano Formativo Aziendale Annuale delle iniziative rientranti nel Programma di Formazione Continua in Medicina (ECM), tenuto conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali.

Dall'analisi dei fabbisogni formativi è rilevabile l'esigenza di un aggiornamento continuo specialistico (tecnico-professionale, strumentale etc.), di approfondimenti sul management pubblico e sul benessere organizzativo, e rafforzamento delle competenze informatiche, oltre alla formazione obbligatoria richiesta alle Pubbliche Amministrazioni per adempimenti di legge.

Gli attori della formazione

Gli attori della formazione sono:

- il Centro di formazione permanente in sanità;
- i Direttori/Dirigenti Resp.li di UO/Servizio: coinvolti nel processo di formazione con la rilevazione dei fabbisogni formativi, individuazione dei docenti e dei destinatari della formazione, e la definizione della formazione specialistica per i dipendenti del settore di competenza;
- i Dipendenti: destinatari della formazione, nonché coinvolti in un processo valutativo tramite la compilazione del questionario di gradimento rispetto ai corsi di formazione attivati;

- i Docenti: come da Regolamento Aziendale, l'Istituto si avvale principalmente di docenti interni individuati dai Responsabili di Progetto per professionalità, competenza e conoscenza nei diversi ambiti formativi, e qualora sia accertata l'impossibilità di reperire tra il personale interno docenti con competenze idonee a svolgere l'attività formativa in progettazione, si può ricorrere a professionisti esterni esperti in materia, appositamente selezionati o scuole di formazione di comprovata valenza didattica.

Attivazione Master Universitari

Allo scopo di offrire programmi educativi e formativi continui, destinati ai professionisti che operano all'interno dei Servizi Sanitari Regionali, è intenzione dell'Istituto attivare dei Master di I e II livello istaurando rapporti di collaborazione in convenzione con le Università su tematiche specialistiche afferenti alle attività dell'Istituto, tra le quali, a titolo esemplificativo:

- rischio biologico e biosicurezza;
- gestione del paziente infettivo candidato e/ trapiantato di fegato e/o rene;
- anatomia patologica nelle malattie infettive: pathology assistant;
- sindromi infettive;
- HIV e IST (infezioni sessualmente trasmesse);
- emergenze-urgenze infettivologiche.

Progetti Formativi Regionali

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, valutata l'importanza di omogeneizzare a livello regionale le competenze del personale afferente alle strutture delle Aziende ed Enti del SSR, ha ritenuto necessario attivare specifici programmi formativi regionali attraverso l'Istituto, tramite la UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità, nel suo ruolo di struttura Capofila dei progetti nella gestione delle diverse fasi degli stessi (progettazione, organizzazione, gestione amministrativa e finanziaria) come da DGR n. 178/2024. Nell'ambito dei suddetti programmi è ricompreso il Corso di formazione manageriale per direttore generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN ai sensi del D.lgs. n. 171/2016. Sempre nell'ambito del mandato regionale, l'Istituto è altresì coinvolto nella realizzazione degli interventi a valere sull'Investimento 2.2 del PNRR-M6C2 Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, con particolare riferimento al piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario e al percorso di acquisizione di competenze per il middle management del SSN.

Integrano gli interventi sopra descritti, progetti specifici sui seguenti temi:

- efficientamento sala operatoria;
- gestione dei flussi informativi sanitari;
- evoluzione nel tempo, corretta gestione e utilizzazione dei registri di Monitoraggio AIFA;
- iniziative finanziate con il Fondo di cui all'art. 1, c. 755, Legge 30 dicembre 2021 n.234 "Fondo Nazionale per la Formazione in Simulazione in ambito Sanitario";
- formazione sul progetto TOBIA-DAMA;
- management e integrazione sociosanitaria nei servizi sociali.

Nel supportare la Regione nella gestione amministrativa dei programmi formativi, la determinazione dei compensi che dovranno essere corrisposti agli esperti individuati a dover svolgere le attività di formazione, la direzione scientifica, il coordinamento didattico, la progettazione, e le attività connesse alle iniziative di formazione, è riconducibile ai parametri disposti dalla Regione Lazio nella determinazione n.G16035 del 30/11/2023 avente ad oggetto: *"Indicazioni per i compensi delle attività di docenza, direzione scientifica e coordinamento didattico nei progetti di formazione strategica regionale destinati al personale del SSR"*.

Tipologie di formazione e di intervento

Le attività formative potranno essere programmate e realizzate attraverso le seguenti modalità di erogazione:

- Formazione residenziale (RES in aula);
- Formazione sul campo (FSC - gruppi di miglioramento o training individualizzato);
- Formazione a distanza (FAD) tramite piattaforma dedicata distinta in:
 - ✓ FAD sincrona (Webinar);
 - ✓ FAD asincrona (E-learning);
 - ✓ FAD con strumenti informatici;
 - ✓ FAD con uso di materiali cartacei;
- Formazione blended (mista – RES-FAD-FSC);

e le seguenti tipologie di intervento formativo:

- Formazione interna: attività formative progettate ed erogate direttamente dall'Istituto, al fine del contenimento della spesa, nel rispetto dell'efficacia dell'azione formativa e della coerenza con gli obiettivi del Piano;
- Formazione mediante incarichi esterni: svolta attraverso la collaborazione esterna di soggetti pubblici e privati che operano nel settore della formazione;

- Formazione a catalogo: attività formative specifiche organizzate all'esterno dell'Istituto da appositi Enti di formazione a cui partecipano i dipendenti di un determinato servizio;

La formazione obbligatoria

Nell'arco del triennio sarà realizzata in collaborazione con gli uffici competenti tutta la formazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, con particolare riferimento ai temi inerenti:

- Anticorruzione e trasparenza – L. 190/2012 e i successivi decreti attuativi (in particolare il D. Lgs. 33/13 e il D.lgs. 39/13);
- Codice di comportamento dei Dipendenti Pubblici;
- Privacy e trattamento dei dati – GDPR 679/2016;
- CAD – Codice dell'Amministrazione Digitale, Piano Triennale per l'Informatica;
- Sicurezza sul lavoro – D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
- Parità di genere.

Budget

Si rimanda alla Deliberazione n. 716 del 31/12/2024 per quanto riguarda la consistenza del fondo della UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità (conto economico n.202050594) per l'anno 2025, nelle sue diverse componenti

Nel triennio 2025 – 2027, in aggiunta al budget come sopra calcolato, l'Istituto dispone anche del budget della ricerca corrente per scopi formativi connessi a progetti attinenti alle linee progettuali dell'I.N.M.I.

Inoltre, nell'ambito dei progetti di ricerca finalizzata, possono essere individuate somme destinate a specifica formazione.

Programma formativo per il triennio 2025 – 2027

L'attività formativa del triennio si andrà a sviluppare prevalentemente sulle aree tematiche di seguito riportate:

- a) area giuridico-amministrativa ed economico finanziaria;
- b) area gestione risorse umane;
- c) area informatica e sicurezza reti;
- d) area comunicazione;
- e) area manageriale/dirigenziale;
- f) area formazione obbligatoria;

g) area formazione e aggiornamento continuo, formazione specialistica.

Inoltre, ad integrazione del processo formativo, l'Istituto:

- ha rinnovato l'adesione annuale al Programma Formativo INPS Valore-PA che consentirà a diversi dipendenti segnalati di partecipare gratuitamente a corsi di formazione su alcune aree tematiche di interesse generale delle pubbliche amministrazioni;
- ha aderito al progetto "Syllabus" per la formazione sulle competenze digitali, che prevede per i dipendenti abilitati l'uso di una piattaforma on-line con moduli formativi per colmare i gap di conoscenza e per migliorare le competenze così da partecipare attivamente alla transizione digitale della PA.

L'Istituto contribuirà, inoltre, nell'ambito del PNRR-M6C2:

- alla realizzazione degli interventi ricompresi nell'investimento 1.3.1, volti cioè ad incrementare le competenze digitali del personale e a favorire, così, la piena implementazione degli investimenti connessi alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0;
- alla realizzazione del Sub Investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere, nel quale svilupperà per conto della Regione Lazio, un programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero, e come Soggetto Attuatore esterno e delegato -in qualità di Provider - dovrà provvedere alla formazione nel periodo 2023-2026 di n.288 dipendenti ca. sulla tematica delle infezioni ospedaliere.

Nella tabella di seguito riportata, il riepilogo degli interventi formativi che si intendono attuare nel triennio 2025-2027, ove si procederà anche ad una valutazione della eventuale necessità di declinazioni settoriali degli interventi di formazione previsti.

MACRO AREA	PROGETTO FORMATIVO	DESTINATARI
Formazione obbligatoria Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, Risk Management, Emergenza - Urgenza	Formazione/aggiornamento addetti primo soccorso	addetti individuati
	Formazione/Aggiornamento addetti antincendio	addetti individuati
	Formazione generale e specifica sulla sicurezza sui luoghi di lavoro	Neoassunti
	Aggiornamento RLS	addetti individuati dai dirigenti
Formazione obbligatoria Sicurezza dei lavoratori	Aggiornamento formazione specifica per lavoratori a Rischio Basso/Medio/Alto	Tutti

nei luoghi di lavoro, Risk Management, Emergenza - Urgenza	Corso di Aggiornamento Coordinatore Sicurezza Cantieri	addetti individuati
	Corso di formazione sulla movimentazione manuale dei carichi (MMP)	tutti gli addetti movimentazione carichi pazienti
	Corso di formazione generale obbligatorio per dirigenti dell'INMI	nuovi dirigenti
	Corso di aggiornamento per addetti al servizio di prevenzione e protezione ASPP	addetti individuati
	Corso di formazione generale obbligatorio per preposti dell'INMI	nuovi preposti
	Corsi BLS-D per operatori sanitari e non sanitari	tutti i settori
Formazione e aggiornamento continuo, formazione specialistica	Redazione e stesura contratti pubblici ed Ufficiale Rogante	settore Affari Generali
	Aggiornamento contabilità e fiscalità pubblica	settore Bilancio
	Donazioni e fundraising sanitario	vari settori
	Gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca (PNRR, EU, RF, etc)	settore ricerca
	Aggiornamento per operatori di front-office	operatori front office URP, CUP ed altri servizi di front office
	Medical English	vari settori
	Formazione specialistica necessaria per la realizzazione degli obiettivi delle UU.OO.	vari settori
	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze tecnico-professionali	vari settori
	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze di processo	vari settori
Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze di sistema	vari settori	

Informatica e Sicurezza reti	Pacchetto Office 365 base e avanzato	tutti i settori
	Cyber Security	tutti i settori interessati
	Corsi finalizzati a migliorare la capacità di utilizzo di software specialistici e piattaforme telematiche in uso presso l'Ente e piattaforme per la gestione dei contratti pubblici in base al nuovo codice degli appalti	tutti i settori interessati
	Competenze Digitali - Syllabus	tutti i settori
Anticorruzione, Accesso Civico, Trasparenza, Privacy, Codice di Comportamento, Codice degli Appalti, Medicina di Genere	Accesso agli atti, accesso civico	Vari settori
	GDPR, Privacy, trattamento e sicurezza dei dati	Tutti i settori
	Anticorruzione e Trasparenza	Tutti i settori, Referenti e RCPT
	Parità di Genere	Tutti i settori
	Medicina di Genere	Vari settori
	RUP e DEC e la Riforma del Codice degli Appalti	tutti i settori
	Partenariato pubblico e privato e project financing	Settore Bilancio, Acquisti, Ufficio tecnico, Controllo di gestione
Gestione Risorse umane	Formazione in materia di previdenza e quiescenza	settore Personale
	Conto Annuale	settore Personale
	CCNL Sanità comparto e dirigenza	settore Personale
	Concorsi ed il reclutamento nella PA	settore Personale
	Lavoro agile	Vari settori
	Il referente della formazione nel contesto aziendale	Vari settori
	Gestione del personale universitario e degli enti di ricerca nei progetti di ricerca	settore Personale, Ricerca
	Gestione e valutazione della performance	settore Personale, Controllo di Gestione
	Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi	settore Personale Affari generali
Comunicazione Manageriale/dirigenziale	Tecniche di comunicazione (public speaking)	vari settori
	Gestione e rendicontazione fondi PNRR	vari settori

MONITORAGGIO

Il monitoraggio del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è una componente essenziale per garantire l'efficacia e l'efficienza delle azioni pianificate. Esso consente di valutare l'attuazione delle misure previste, identificare eventuali criticità e apportare le necessarie correzioni in corso d'opera. In conformità con le indicazioni operative fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica nella circolare n. 2/2022, l'Istituto si impegna a:

- **Monitorare periodicamente gli obiettivi individuati.** Ovvero, effettuare verifiche periodiche sull'avanzamento delle attività, con particolare attenzione alle aree chiave come la performance, i fabbisogni del personale, la parità di genere, il lavoro agile e l'anticorruzione.
- **Relazionare annualmente** gli esiti del monitoraggio, evidenziando i risultati raggiunti, le eventuali deviazioni rispetto agli obiettivi prefissati e le azioni correttive intraprese.
- **Coinvolgere gli stakeholder**, assicurando la partecipazione attiva di tutte le parti interessate nel processo di monitoraggio, promuovendo una cultura organizzativa orientata alla trasparenza e al miglioramento continuo.

Ai sensi della disciplina vigente il monitoraggio del presente Piano è così garantito:

- per le sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- per la sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC;
- per la sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Il presente Piano Integrato di Attività sarà pubblicato sul sito aziendale nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente", diffuso tra il personale ed i collaboratori dell'Istituto, nonché caricato sul Portale PIAO, raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>.

Il Referente Aziendale del PIAO
(Dott.ssa Federica Gatta)