



ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE 2022 – 2024



PREMESSE	3
SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
SEZIONE 2.01 VALORE PUBBLICO	7
SEZIONE 2.02 PERFORMANCE	9
SEZIONE 2.03 GENDER EQUALITY PLAN	22
SEZIONE 2.04 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	26
Il Responsabile della prevenzione della corruzione: nomina e ruolo.	31
Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	32
Attività e strutture maggiormente esposte al rischio di corruzione	36
Mappatura dei processi	36
Misure di carattere generale per prevenire il rischio di corruzione	37
Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità	41
Accesso civico e accesso civico generalizzato	42
Codice Etico e di Comportamento	44
Inconferibilità e incompatibilità	44
Conferimento incarichi dirigenziali	45
RASA (Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante)	45
Misure di minimizzazione del rischio corruttivo attuate nel settore dell'acquisizione di beni e servizi e di commissione di lavori (2022 - 2024)	46
Divieto di Pantouflage o Post-Employment	47
Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione	48
Coinvolgimento degli Stakeholders nella redazione del PTPCT	49
Ulteriori misure specifiche	49
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	53
SEZIONE 3.01 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	53
SEZIONE 3.02 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	56
SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	58
SEZIONE 3.04 PIANO FORMATIVO AZIENDALE	64
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	68

PREMESSE

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.

Nello specifico confluiscono nel nuovo Piano:

✓ il Piano della performance relativo al triennio 2022-2024, approvato con la deliberazione n. 223 del 08.04.2022 (d’ora in poi PP), il quale delinea gli obiettivi strategici ed operativi dell’Istituto attraverso un sistematico collegamento tra i risultati attesi per la performance individuale e, a cascata, per la performance organizzativa;

✓ il Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024, adottato in data 25.05.2022, a mezzo della Deliberazione n. 281 (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, trasmesso all’area risorse umane della Regione Lazio a mezzo della nota prot. n. 929 del 21.01.2022 (d’ora in poi PFP), 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 operativo per il lavoro agile (d’ora innanzi POLA), integrato, in forma embrionale, nel piano della performance 2022-2024, che tratterà gradualmente un percorso per l’affiancamento dello smart working allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza attraverso la definizione di adeguate misure organizzative, standard tecnologici e corsi formativi per il personale;

✓ la programmazione dei fabbisogni formativi aziendali per l’annualità 2022 (d’ora innanzi PF), di cui alla deliberazione n. 157 del 10 marzo 2022, finalizzata a valorizzare le risorse interne in una ottica sia di incremento delle performance individuali delle risorse umane a disposizione, sia di costante accrescimento del bagaglio tecnico e culturale, attraverso

la partecipazione dei dipendenti non esclusivamente a corsi di carattere professionale ma promuovendo, per converso, iniziative aziendali volte ad agevolare il conseguimento di titoli di studio superiori;

✓ il Piano di Uguaglianza di Genere dell'Istituto, approvato con la deliberazione n. 788 del 17.12.2021, è improntato alla rimozione degli ostacoli che 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 nuovo Piano Integrato di Attività ed Organizzazione consentirà di tracciare un percorso comune nel solco del quale confluiranno gradualmente tutti i vari ambiti di programmazione allo scopo di:

✓ semplificare e coordinare i flussi di lavoro sottesi ai vari strumenti di programmazione amministrativa vigenti;

✓ incrementare l'efficienza e l'efficacia dei processi amministrativi attraverso la reingegnerizzazione dei medesimi;

✓ agevolare la gestione dei processi aziendali e il monitoraggio sui risultati conseguiti da parte della Direzione Strategica.

Il Piano individua, altresì, le modalità di monitoraggio che dovranno essere applicate, con cadenza periodica, al fine di valutare lo stato di raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi descritti nel prosieguo della trattazione, e di apportare eventuali correttivi nel corso del relativo periodo di programmazione.

SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS
SEDE	Via Portuense 292 – 00149 Roma
Codice Fiscale	05080991002
Direttore Generale	Dott. Francesco Vaia
Personale	n. 941 unità (n. 204 per la dirigenza e n. 737 per il personale di comparto considerando sia il personale a tempo indeterminato che determinato)
Natura Giuridica	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al Decreto Legislativo 16 ottobre 2003 n. 288
Atto Aziendale (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 trarrà 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 116.000 mq. Il complesso immobiliare è costituito da edifici realizzati per la maggior parte negli anni trenta e rappresenta un interessante esempio della tipologia detta "a padiglione" ad eccezione del Nuovo Ospedale, realizzato nei primi anni 90.

Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'INMI è stato adottato con deliberazione n. 222 del 14 aprile 2015, approvato con DCA n. U00154 del 17 aprile 2015. L'organizzazione dell'Istituto ha subito negli ultimi anni diversi cambiamenti determinati dalle disposizioni regionali.

Nell'anno 2016 la Regione Lazio con DCA n. 118/2016 ha preso atto dell'impossibilità di procedere al previsto accorpamento tra gli IRCCS IFO ed INMI come delineato nel Regolamento di Organizzazione e Funzionamento di cui sopra e con successivi provvedimenti ha nominato distinti organi amministrativi di vertice dei due enti (novembre – dicembre 2016) pur mantenendo, nell'anno 2017, un dipartimento interaziendale amministrativo.

Successivamente con delibera n. 699 del 15 novembre 2017 l'istituto ha ulteriormente rivisto l'assetto organizzativo apportando delle modifiche al Regolamento di Organizzazione e Funzionamento di cui alla delibera n. 222/2015.

In ogni caso con delibera n. 723 del 28/11/2017 (I.N.M.I.) le Direzioni degli Istituti I.F.O. ed I.N.M.I., rilevate le criticità in ordine alla gestione di un dipartimento con uffici dislocati in due enti e la carenza di personale dirigente amministrativo, hanno sancito la revisione dell'attuale organizzazione integrata dei servizi tecnico-amministrativi ponendo fine, di fatto, al Dipartimento interaziendale definitivamente dal febbraio 2018.

L'atto aziendale (R.O.F.) è stato infine aggiornato con la Deliberazione n. 487 del 16.07.2019, approvato dalla Regione Lazio con DCA U00296 del 23/07/2019.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SEZIONE 2.01 VALORE PUBBLICO

La tutela della salute, intesa non come mera assenza di malattie bensì alla stregua di uno “stato di completo benessere fisico, sociale e mentale” (secondo la celeberrima definizione elaborata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità), rappresenta il naturale coronamento dell’intera gamma di obiettivi strategici perseguiti dall’INMI.

Il contesto sociale, culturale, organizzativo ed epidemiologico in cui viene perseguito il fine ultimo dell’attività di assistenza sanitaria e della ricerca scientifica presenta variegata e complesse criticità che rendono più che mai indispensabile l’individuazione di target operativi prioritari e concreti, vincolati al rispetto di tempistiche definite, nonché misurabili e monitorabili in termini di efficacia ed efficienza attraverso il sistema della performance.

Dopo aver dedotto che la promozione e la protezione della salute concretizzano il concetto di “valore pubblico” nel contesto di un ente sanitario, risulta opportuno distinguere quattro macro-categorie di obiettivi strategici che contribuiscono collettivamente a tutelare il bene salute:

- obiettivi collegati alla qualità dell’azione amministrativa: quali sono ad esempio, la programmazione di una formazione continua del personale, sia di ruolo sanitario che tecnico-amministrativo, al fine di incrementare il livello delle prestazioni erogate agli stakeholders, in modo sostenibile sotto il profilo finanziario (ad un input dato da un totale di ore sottratte allo svolgimento dell’ordinaria attività lavorativa e dall’impiego di fondi pubblici per il finanziamento dell’attività di formazione deve corrispondere un output dato dall’acquisizione di competenze nuove da impiegare a vantaggio della collettività), e di valorizzare le varie professionalità presenti in azienda, nonché l’intero ciclo di gestione della performance e del budgeting aziendale che presidiano la sostenibilità finanziaria della produzione dei beni e servizi sanitari;
- obiettivi correlati alla semplificazione e alla reingegnerizzazione dei processi, dati da un graduale processo di sburocratizzazione dei meccanismi decisionali che sono a monte dell’intervento assistenziale e dell’attività di ricerca scientifica (nello specifico si dovrà procedere ad una revisione e ad un aggiornamento delle procedure e dei regolamenti interni), dall’acquisizione di software gestionali maggiormente performanti ed user friendly,

ad una razionalizzazione nella gestione delle risorse umane tramite una rimodulazione degli ingenti costi produttivi connessi al fabbisogno di personale;

- obiettivi che si sostanziano nella promozione della trasparenza amministrativa allo scopo di assicurare a cittadini ed imprese un accesso agevole e paritario a tutti i dati e le informazioni che possono impattare direttamente sulle rispettive esistenze (si pensi ad esempio alla pubblicazione delle liste di attesa per i cittadini o dei bandi di gara per le imprese fornitrici), nonché di minimizzare i rischi di insorgenza di eventi corruttivi attraverso l'identificazione e la valutazione dei predetti (mappatura dei processi), in modo da poter programmare, realizzare e monitorare idonee misure di prevenzione e trattamento delle criticità organizzative rilevate;

- obiettivi riconducibili alla qualità ed accessibilità dei servizi erogati ai cittadini ed alle imprese, tra i quali rientrano le iniziative volte a reprimere ogni forma di discriminazione sul posto di lavoro contenute nel Gender Equality Plan – G.E.P., le misure organizzative e gli strumenti di verifica periodica dei risultati conseguiti, con particolare riguardo alla digitalizzazione dei processi e alla promozione del lavoro agile, nonché al coinvolgimento delle associazioni degli stakeholder nei processi decisionali aziendali.

SEZIONE 2.02 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:

I. 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;

II. 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;

III. monitoraggio ed eventuale rimodulazione dei contenuti della programmazione strategica e/o operativa nel corso dell'esercizio di riferimento;

IV. misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance organizzative conseguite nell'anno e del correlato grado di perseguimento delle strategie direzionali.

Gli obiettivi generali, strategici, che identificano le priorità strategiche in relazione alle attività e ai servizi erogati, vengono poi declinati in obiettivi specifici dall'Istituto, coerentemente con le direttive adottate nel "Piano della performance". L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verifica l'andamento della performance rispetto agli obiettivi, eventualmente segnalando gli opportuni correttivi.

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). 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 recepisce gli obiettivi indicati dalla Regione Lazio e persegue vari obiettivi generali. Questi comprendono obiettivi riferiti alla riorganizzazione aziendale e alla caratterizzazione dell'Istituto come riferimento regionale e nazionale per le Malattie Infettive, la diagnostica avanzata di laboratorio, il controllo delle malattie infettive ad alto isolamento e contagiosità, obiettivi correlati alla ricerca e ai requisiti ministeriali per il mantenimento dello status

di IRCCS, obiettivi di implementazione delle collaborazioni con Università e altre istituzioni di ricerca, obiettivi di rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), obiettivi legati alla gestione e valorizzazione del personale, alla qualità, accessibilità, sicurezza delle cure, al contenimento delle spese per beni e servizi, all'attuazione dei PAC, al raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario, all'attività di assistenza dei pazienti con patologie infettive durante la pandemia da Covid-19.

Le aree strategiche forniscono una rappresentazione dei principali outcome perseguiti dall'Azienda, generalmente attraverso un coinvolgimento di tipo trasversale rispetto agli ambiti delineati dall'organigramma, quindi coinvolgendo le diverse aree dipartimentali e gli ambiti della ricerca sperimentale in forma integrata e necessariamente coordinata. Ciò premesso, in forma assolutamente coerente rispetto alle proprie finalità istituzionali (mission) e tenuto conto degli obiettivi pluriennali disposti a livello nazionale e regionale, relativamente al triennio 2022-2024 la Vision direzionale si orienta nelle seguenti aree strategiche: Appropriately organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera, Potenziamento Ricerca Scientifica, Equilibrio Economico Finanziario, Potenziamento delle Attività.

Con riferimento alle diverse dimensioni della performance (strategica, organizzativa ed individuale), l'INMI Lazzaro Spallanzani attua il Ciclo di gestione della performance seguendo la logica del c.d. "albero della performance".

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami fra aree strategiche, obiettivi strategici ed obiettivi a livello operativo, così fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della complessiva performance aziendale.

L'attuazione del Ciclo della performance attraverso tale logica, oltre a rassicurare la Direzione dell'Istituto circa il confluire delle performance organizzative ed individuali verso il perseguimento delle strategie direzionali, rappresenta anche un chiaro punto di riferimento e di responsabilizzazione nei confronti degli stessi dipendenti.

Alla luce delle aree strategiche sopra individuate e tenuto conto sia del contesto di riferimento che delle risorse aziendali effettivamente impiegabili, in riferimento al triennio 2022-2024 la Direzione dell'Istituto ha impostato i contenuti del proprio "albero delle performance" procedendo all'individuazione dei correlati obiettivi strategici e specifici assegnati alle varie Unità Operative.

ALBERO DELLE PERFORMANCE

Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico
Obiettivi di appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera	<p>Valutazione adesione al piano regionale gestione emergenza COVID-19</p> <p>Adeguamento dell'offerta di posti letto dedicati in area di degenza ordinaria/ terapia intensiva al Piano di risposta all'evoluzione della pandemia</p>
Obiettivi di attività	<p>Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024.</p> <p>Incrementare le attività ambulatoriali di presa in carico dei soggetti ad alto rischio HIV e IST.</p> <p>Supporto microbiologico al sistema di sorveglianza regionale per il monitoraggio della diffusione di infezioni da Enterobacteriales resistenti ai carbapenemi (CRE), inclusi i ceppi resistenti al Cefotaxime/avibactam, ceppi ipervirulenti di <i>Klebsiella pneumoniae</i> (HVKP), e infezioni ospedaliere da Gram-negativi MDR</p> <p>Supporto virologico al sistema di sorveglianza regionale per il monitoraggio della diffusione di nuove varianti di SARS-CoV-2</p> <p>Obiettivo di caratterizzazione della Diagnostica per Immagini quale riferimento per la diagnostica avanzata, con implementazione di software di Intelligenza Artificiale nella polmonite COVID e non-COVID</p> <p>Relazionare sulla quadratura tra Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature</p> <p>Adempiere a tutte le azioni di sostanza dei PAC individuate nei DCA 297 del 23/7/2019 e DCA U00405 del 3/10/2019: - Riconciliare, con cadenza periodica, le risultanze del libro cespiti con quelle della contabilità generale. (Deve essere prevista un'attività di controllo, da effettuarsi con cadenza almeno annuale, e di quadratura dei valori di costo e del relativo fondo ammortamento tra schede extracontabili, le risultanze del libro cespiti e i saldi Co.Ge. di riferimento.)</p> <p>Provvedere al recupero crediti vantati nei confronti di soggetti privati e di Enti Pubblici extra Regionali</p> <p>Aggiornamento del Piano Triennale dei Lavori</p>

	Realizzazione opere edili, impiantistica, interventi di manutenzione straordinaria inerenti i progetti autorizzati, deliberati e finanziati con liberalità
	Indizione della procedura di gara per la progettazione dell'ISC
	Realizzare la linea di attività del progetto "Patient Journey" linea 3 -interventi su strade e vialetti (asfalto)
	Organizzazione fascicoli relativi ai contratti e relativa archiviazione informatica
	Censire e predisporre le convenzioni con i relativi provvedimenti inerenti le prestazioni di laboratorio da recuperare, anche pregresse
	Dare evidenza ai Negoziatori dei costi/ricavi attribuiti in CO.AN
	Sviluppare il Progetto per la realizzazione del Sistema di Contabilità analitica attraverso l'applicativo informatico e aggiornare il Piano dei CdR e CdC in coerenza alla struttura organizzativa
	Implementare il piano dei Fattori Produttivi anno 2020 nel rispetto delle linee guida/indicazioni regionali in coerenza al Piano dei Costi
	Trasmissione del file Excel relativo ai dati materasseria e divise per alimentare Drivers per Ribaltamento costi per interni e per esterni a paz ricoverati.
Obiettivi di equilibrio economico-finanziario	Ridurre i tempi di liquidazione al fine di garantire il rispetto della tempistica di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI) Soglia max liquidazione 27 gg.
	Ridurre il valore dell'importo delle fatture scadute del Report Regionale inviato dalla UOC Bilancio per CDR
	Relazionare sul risultato economico analizzando gli scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di proposta di Bilancio Preventivo e successivamente in sede di concordamento
	Monitoraggio fondi contrattuali
	Organizzare il sistema di controllo interno finalizzato a verificare la corretta applicazione/aggiornamento dei Manuali aziendali nell'ambito degli adempimenti PAC -

	Adempimento di cui alla Deliberazione aziendale n. 805 del 28/12/2017.
	Analisi fattibilità economica per le convenzioni attive richieste dalla Direzione Strategica
	Rispettare il budget assegnato sul conto prodotti farmaceutici ed emoderivati, al netto della quota innovativi riconosciuta da AIFA. DCA 155/2019
	Rispettare le tempistiche normative per l'invio dei dati, nonché della completezza e qualità degli stessi, desumibile dalla congruenza dai suddetti flussi dal CE e dal flusso Traccia. DCA 155/2019
	Processo di Liquidazione Fatture:-Ridurre i tempi di liquidazione: Tempestivo invio alla UOC ABS delle informazioni utili a garantire il rispetto della tempistica di liquidazione (27 gg) delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie aderenti all'Accordo Pagamenti entro 30 giorni dalla data di consegna della fattura da parte del Sistema di Interscambio (SdI)
Obiettivi di organizzazione	Realizzare un protocollo e/o percorso diagnostico terapeutico sulla gestione clinica e trattamento delle infezioni da <i>Clostridium difficile</i> , con progettazione e pianificazione accreditamento istituto per Trapianto di feci a fini clinici e di ricerca, validato dalla Direzione Strategica
	Riorganizzare l'accettazione dei campioni biologici per favorire il completamento della transizione alla piattaforma ReCUP
	Gestione dello scadenziario degli appalti di lavoro di servizi e forniture, nel rispetto della programmazione acquisti con tenuta dello scadenziario ed alert 8 mesi prima della scadenza dei contratti al settore che deve provvedere alla gara.
	Revisione Regolamento inerente la cassa economale e aggiornamento della relativa modulistica.
	Proposta del Progetto per l'implementazione di moduli inerenti gli ordini della cassa economale nell'applicativo AREAS
	Predisporre una procedura di ciclo attivo per le attività di laboratorio

	Ricognizione del personale dipendente assegnato alle diverse UU.00 aziendali con cadenza trimestrale. La ricognizione dovrà riportare per ciascun CdR/CdC le unità di personale nominative assegnate con la relativa percentuale di assegnazione
	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso a finanziamento
	Sviluppo del Progetto per la realizzazione del Sistema di Contabilità analitica attraverso l'applicativo informatico CO.AN./AREAS . Definizione ed implementazione dei flussi informatici /informativi di competenza della UO utili ad alimentare l'applicativo informatico CO.AN./AREAS secondo le modalità e le tempistiche definite e condivise con il Responsabile RU.CA. Aggiornare la tabella di ricognizione dei Mq. e Metri3 .
	Definizione di una strategia a breve e medio termine per una programmazione razionale delle procedure di affidamento di forniture sistema macchina/reagente a servizio dei laboratori
	Programmazione e progettazione di attività relative ai grandi appalti di forniture sistema macchina/reagente per le esigenze dei Laboratori (nota prot. 13281 del 26/11/2021)
	Predisporre e formalizzare la delibera di aggiornamento del regolamento aziendale per l'organizzazione e gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro
	Predisporre e formalizzare la delibera di approvazione del regolamento per l'autorizzazione dei tirocini effettuati presso l'Istituto
	Aggiornare la Rubrica telefonica aziendale e migliorare la ricerca degli indirizzi mail sia per nome che per cognome.
	Analisi dei dati della Cartella Clinica ambulatoriale Informatizzata con elaborazione statistiche
	Implementazione di una nuova piattaforma software finalizzata a governare i flussi di richiesta ed approvazione dei processi autorizzatori di spesa da parte dei DEC e RUP dei principali servizi aziendali, per conseguimento di minori costi di esercizio
	Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica.

	Progettazione di un centro di documentazione della formazione e della ricerca
	Relazionare sulla quadratura tra Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature - Flusso Personale HR
Obiettivi di ricerca	<p>Publicare articoli, definibili come originati secondo le indicazioni ministeriali, che abbiano un impact factor superiore alla mediana del settore di riferimento e che, per almeno un terzo, si collochino nel quartile più elevato.</p> <p>(In relazione agli standards fissati dal Ministero della Salute)</p>
	Inserire i dati clinici e di terapia dei pz Covid (dimessi e deceduti) nella banca dati dal 1/01/2022 al 30/09/2022
	Garantire finanziamenti per l'attività di ricerca
	Progettualità di ricerca clinica sul tema delle micobattoriosi non-tubercolari
	Rendere disponibili basi aggiornate di dati clinici e di laboratorio su pz con Covid 19 implementando e aggiornando la banca dati pz Covid
	Organizzare la formazione del personale INMI relativa alla pianificazione e conduzione di studi indipendenti/originati
	Collaborare con le UO Cliniche alla elaborazione di studi originati dall'INMI individuando gli ambiti di ricerca più opportuni in collaborazione con i ricercatori clinici e di laboratorio
	Impatto dell'emergenza COVID-19 sulla prevenzione di HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) nella Regione Lazio
	Condurre studi sui meccanismi patogenetici ed immunologici dell'infezione da SARS-Cov2 che contribuiscono a definire strategie innovative per le diagnosi il trattamento e la prevenzione dell'infezione
	Avviare un trial clinico disegnato su base traslazionale
	Contribuire alla sottomissione di un progetto di ricerca FP9 alla comunità europea
	Realizzare studi di validazione di nuovi percorsi diagnostici
	Elaborazione di un programma di microeliminazione di HCV nella popolazione tossicodipendente del territorio

	Regione Lazio
	Partecipazione a reti di ricerca sul COVID-19 in terapia intensiva
	Invio mensile report DDD (Dose Definita giornaliera Degli antibiotici) alla DS per Appropriata prescrivibilità degli antibiotici
Obiettivo di qualità, sicurezza delle cure e valorizzazione del personale	Ridurre al minimo il rischio espositivo mediante applicazione delle Linee Guida nazionali, Protocolli e Procedure interne
	Percorso adozione della Cartella Clinica Ambulatoriale Informatizzata in tutta l'area ambulatoriale dipartimentale (ambulatori per esterni, post-COVID, APC)
	Realizzare un programma formativo interno relativo alla terapia e monitoraggio della persona con COVID-19 ospedalizzato (in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata e Dip. Clinico)
	Realizzare un protocollo e/o percorso diagnostico terapeutico (PDTA) a valenza Regionale - validato dalla Direzione Strategica- sulla gestione clinica del paziente con COVID-19 che non necessita di ospedalizzazione (obbiettivo interdipartimentale)
	Indice di attrattività regionale per TB multiresistente
	Standardizzare la gestione clinica dei pazienti ospedalizzati per Covid-19 e trattati con anticorpi Monoclonali
	Collaborazione con la Regione per la definizione/ridefinizione dei protocolli di sorveglianza delle malattie da infezione
	Standardizzare la produzione di PDTA
	Definire standard per l'acquisizione automatica dei dati clinico-assistenziali in database di ricerca
	Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle ICA/AMR e/o HIV/IST
	Fornire supporto alla Regione per lo sviluppo di attività di audit in caso di disallineamento con le Procedure e linee di indirizzo per il corretto uso della terapia antimicrobica e per la prevenzione della farmacoresistenza come indicato da DCA U00303 del 25/07/2019 (pag.127)

	Caratterizzazione dei principali meccanismi di resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri isolati nei pazienti ricoverati presso l'INMI.
	Organizzare incontri multidisciplinari clinico-radiologici di confronto su Percorsi Diagnostico-Terapeutici nei pazienti infettivi COVID e non COVID con discussione di casistica INMI
	Attivare ed implementare il numero delle prestazioni di interventistica extravascolare presso INMI riducendo il numero di quelli inviati al SCF
	Organizzazione e/o partecipazione di corsi di formazione in qualità di docente (a titolo gratuito) - per personale interno e/o esterno all'INMI su argomenti legati all'attività di ricerca e/o di diagnostica avanzata della UOSD (di cui almeno il 50% dedicato al personale INMI con trasmissione del programma entro il 31.01.2022)
	Corsi di formazione aziendali per il personale sanitario INMI inerente argomenti di assistenza paziente critico, in particolare con COVID-19
	Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico (APC)
	Garantire tutti i riscontri diagnostici provenienti dalle strutture esterne
	Predisposizione del Piano Formativo Aziendale Anno 2022, con calendarizzazione degli eventi formativi distribuiti equamente nell'anno
	Promuovere e supportare la parità di genere e la cultura della stessa sul luogo di lavoro, organizzando fino a due corsi di formazione o convegni ogni anno
	Protocollo per la gestione infermieristica del paziente nella preparazione ed esecuzione degli esami radiologici con costituzione del Gruppo di Lavoro entro il 31/01/2022
	Revisione della procedura sul corretto carico/scarico stupefacenti con costituzione del Gruppo di Lavoro entro il 31/01/2022
	Sorveglianza delle colonizzazioni/infezioni da germi alert MDR con relazione specifica e segnalazione delle criticità alla Dir San

	<p>Governo del rischio clinico</p> <p>'Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti. Pubblicazione sulla pagina dell'amministrazione trasparente di:</p> <p>1) relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (art. 2 c. 5 della L. 24/2017);</p> <p>2) dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4 c. 3 della L. 24/2017).</p>
	<p>Governo del rischio clinico</p> <p>'Approvazione e trasmissione del Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti.</p>
	<p>Allineamento alle indicazioni del Piano Regionale Prevenzione/PRCAR</p>

Tra gli obiettivi programmati si sottolinea come l'Istituto abbia dato rilievo nell'attività di programmazione alle dimensioni di:

✓ semplificazione e digitalizzazione, attraverso l'individuazione di obiettivi specifici quali per esempio quelli finalizzati all'adozione della Cartella Clinica Ambulatoriale Informatizzata in tutta l'area ambulatoriale dipartimentale (ambulatori per esterni, post-COVID, APC), alla definizione di standard per l'acquisizione automatica dei dati clinico-assistenziali in database di ricerca, all'implementazione di una nuova piattaforma software finalizzata a governare i flussi di richiesta ed approvazione dei processi autorizzatori di spesa da parte dei DEC e RUP dei principali servizi aziendali, per conseguimento di minori costi di esercizio;

✓ valorizzazione delle risorse umane anche attraverso obiettivi specifici volti a garantire la parità e l'equilibrio di genere, nonché la cultura della stessa sul luogo di lavoro. A tal fine con Deliberazione n. 788 del 17.12.2021 è stato approvato il documento programmatico di Gender Equality Plan dell'Istituto.

Gli obiettivi previsti nella scheda vengono corredati di misure quantitative o qualitative misurabili e certificabili. La scheda di Budget contiene per ciascun obiettivo il "valore atteso" e il "valore minimo", il peso assegnato, la fonte informativa deputata all'estrapolazione del risultato.

Per valore minimo si intende quello cui corrisponde “zero” dal punto di vista della valutazione del raggiungimento dell’obiettivo, mentre tra il valore minimo e l’atteso verrà computata a fine anno la percentuale di raggiungimento dell’obiettivo e la relativa quota parte di indennità di risultato corrispondente.

Le schede di negoziazione vengono inviate a ciascun negoziatore, che a sua volta inoltra la comunicazione degli obiettivi specifici ai responsabili di UOS o altri titolari di negoziazione interni all’UOC o al Dipartimento. Il Direttore UOC notifica a tutto il personale della sua Unità gli obiettivi negoziati con il Comitato di Budget, che tutti devono contribuire a raggiungere. Ciascun Centro di Responsabilità è pertanto responsabilizzato nel conseguimento degli obiettivi e il relativo Direttore o Responsabile procede all’organizzazione degli apporti individuali dei propri collaboratori, ai fini del conseguimento degli obiettivi operativi assegnati alla propria struttura.

Di seguito si riporta un esempio di scheda di Budget 2022 relativa ad una struttura amministrativa:

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2022

Macrostruttura: DIREZIONE GENERALE
 CdR: UOSD PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
 Direttore/Resp: Dott.ssa Elisa Minichiello



N.	Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2021)	Atteso (100%)	Minimo (0%)
1	Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	INDICATORE: n. dichiarazioni AGENAS e CV dei Dirigenti (in servizio non già trasmessi nell'anno 2021 o nuovi assunti presso l'unità operativa) trasmessi al RPCT / N. totale di Dirigenti in servizio presso la U.O FONTE: Relazione del Resp. della Prevenzione e della Corruzione	10%	%		100%	95%
2	Obiettivo di qualità, sicurezza delle cure e valorizzazione del personale	Ridurre al minimo il rischio espositivo mediante applicazione delle Linee Guida nazionali, Protocolli e Procedure interne	INDICATORE: numero operatori afferenti alla UOC che durante l'emergenza pandemica sono risultati positivi al COVID associati a cluster identificati attraverso un Audit specifico/numero operatori afferenti alla UOC FONTE: segnalazione della Sorveglianza sanitaria (cluster aziendale) e verifica della Dir. Sanitaria	15%	%		5%	10%
3	Obiettivi di organizzazione	Relazionare sulla quadratura tra Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature - Flusso Personale HR	INDICATORE: segnalazioni di eventuali incongruenze tra file HR e MEF FONTE: invio segnalazione mensile alla UOC RU	10%	numero		12	9
4	Obiettivi di attività	Dare evidenza ai Negoziatori dei costi/ricavi attribuiti in CO.AN	INDICATORE: Invio trimestrale di un Report di CO.AN. FONTE: Areas- Report	15%	numero		4	1
5	Obiettivi di attività	Sviluppare il Progetto per la realizzazione del Sistema di Contabilità analitica attraverso l'applicativo informatico e aggiornare il Piano dei CdR e CdC in coerenza alla struttura organizzativa	INDICATORE: Caricamento sulla Dashboard Regionale del Template Co.An, file di transcodifica Cdc_CdR, e mappatura punti fisici entro il 25 del mese successivo (invio mensile) FONTE: Dashboard Regionale	15%	gg ritardo		12	9
6	Obiettivi di attività	Implementare il piano dei Fattori Produttivi anno 2020 nel rispetto delle linee guida/indicazioni regionali in coerenza al Piano dei Costi	INDICATORE: Aggiornamento del Report di CO.AN. Per FF.PP regionali FONTE: Areas- Report	15%	Si/No		1	0
7	Obiettivi di equilibrio economico-finanziario	Organizzare il sistema di controllo interno finalizzato a verificare la corretta applicazione/aggiornamento dei Manuali aziendali nell'ambito degli adempimenti PAC - Adempimento di cui alla Deliberazione aziendale n. 805 del 28/12/2017.	INDICATORE: Incontri mensili di coordinamento del Gruppo Multidisciplinare PAC e redazione del relativo verbale FONTE: verbale degli incontri	10%	numero		12	9
8	Obiettivi di equilibrio economico-finanziario	Analisi fattibilità economica per le convenzioni attive richieste dalla Direzione Strategica	INDICATORE: n. analisi effettuate/ tot n. analisi richieste FONTE: mail di richiesta delle analisi dalla Dir. Strategica.	10%	%		100%	95%

PESO TOTALE OBIETTIVI 100%

Eventuali annotazioni

Roma 14/12/2021

Il Direttore/Responsabile del CdR

Dr.ssa Elisa Minichiello

Dr.ssa Gioia Amadei
Direttore Amministrativo

Dott. Francesco Vaia
Il Direttore Generale

Ciascuno dei livelli di risultato (strategico, organizzativo ed individuale), attraverso l'attuazione del c.d. ciclo di gestione delle performance è oggetto di programmazione, monitoraggio, verifica e rendicontazione, facendo necessariamente riferimento ad opportuni valori target ed alle risorse effettivamente disponibili. Gli obiettivi hanno varie scadenze, generalmente non superiori ad un anno.

Nell'ambito delle fasi del ciclo di gestione della performance, oltre alla Direzione strategica ed ai titolari dei CdR aziendali, risultano svolgere un ruolo di assoluto rilievo l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e le funzioni di Struttura Tecnica Permanente (STP), organismi entrambi previsti dal dettato del D.Lgs 150/09.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), le cui competenze sono definite in dettaglio all'art. 14 del D.Lgs 150/09, nell'ambito del Sistema di gestione della performance adottato dall'Azienda, ha innanzitutto il compito di garantire la correttezza e la coerenza metodologica del sistema stesso. Dal punto di vista, invece, dei contenuti oggetto di programmazione e controllo, l'OIV è chiamato a valutare la coerenza degli stessi, sia a livello strategico che operativo, oltre a risultare diretto responsabile delle verifiche annuali delle performance organizzative conseguite dai singoli CdR aziendali. L'OIV assolve alle proprie responsabilità con il supporto delle funzioni della Struttura Tecnica Permanente coordinata dal Dirigente Responsabile della UOSD Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione. In considerazione dei molteplici ed eterogenei ambiti di analisi che quest'ultima è chiamata ad affrontare, l'Azienda ritiene opportuno sottintendere al concetto di "struttura" un "complesso di funzioni integrate" afferenti all'area del controllo di gestione, alla gestione economico-finanziaria ed all'ambito di gestione delle risorse umane.

Dopo la deliberazione del budget negoziato prende avvio l'attività di reporting da parte della UOSD Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione che, a cadenza trimestrale, invia a ciascun negoziatore lo stato di misurazione degli indicatori correlati agli obiettivi negoziati, recuperando già dalle strutture di staff alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa i dati di interesse per una consapevolezza e condivisione dello stato di avanzamento e di proiezione annuale degli obiettivi da raggiungere. Alla scadenza di ogni obiettivo negoziato ogni negoziatore trasmette alla UOSD Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione, alla Direzione Generale, alla Direzione Scientifica e alla Direzione Sanitaria i dati richiesti di loro competenza. In esito al reporting finale inviato dalla UOSD Pianificazione, Programmazione e Controllo di Gestione, che contiene anche la percentuale di raggiungimento degli obiettivi, i negozianti, se lo

ritengono utile e opportuno, possono inviare una relazione in cui motivano o giustificano il mancato perfezionamento di alcuni obiettivi, per le valutazioni della Direzione Strategica e dell'OIV.

Per i Direttori di UOC, la verifica conclusiva dei risultati raggiunti viene condotta dalla UOSD Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione, validata dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Scientifico per la parte di rispettiva competenza, e successivamente trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Per i Responsabili di UOS., la verifica conclusiva dei risultati raggiunti viene condotta dal Direttore di UOC di afferenza e da questi successivamente trasmessa alla UOSD Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione, al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo, al Direttore Scientifico, alla UOC Risorse Umane, e quindi all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

La Relazione annuale sulla performance, approvata dalla Direzione Generale e validata dall'OIV, evidenzia i risultati organizzativi e individuali ottenuti nell'anno precedente. La rendicontazione è rivolta a tutti gli stakeholders aziendali, primi fra tutti i gli utenti ed i cittadini in generale.

SEZIONE 2.03 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. 788 del 17/12/2021, 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, saranno 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.

Il cronoprogramma delle azioni di migliorative da porre in essere per il triennio 2022 – 2024, individuato con deliberazione n. 788 del 17/12/2021 avente ad oggetto “Adozione del Documento Programmatico Gender Equality Plan (Gep) o Piano di Uguaglianza di Genere dell'Istituto” è stato articolato in 4 macro macro-aree.

Obiettivo macro	Azione	Misure	Attori /Responsabili	Cronoprogramma			Indicatore
				2022	2023	2024	
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 due preferenze maschio - femmina)	Direzione Strategica Direttore Scientifico	X			Verifica attuazione criteri

	A.2. favorire l'equilibrio di genere in occasione della composizione dei membri del Comitato Etico	in occasione di nuove nomine aumentare la percentuale della quota rosa incrementando	Organo preposto alla nomina dei membri del CE			X	miglioramento rapporto F/M nel triennio (almeno + 20 %)
	A.3. favorire l'equilibrio di genere in occasione della composizione dei membri del Comitato di Dipartimento	individuare criteri elettivi che favoriscano la parità di genere (es. inserimento in schede due preferenze maschio - femmina)	Direzione Strategica	X			Verifica attuazione criteri
	A. 4. favorire l'equilibrio di genere nelle Commissioni d'esame e di concorso	monitoraggio nelle nomine delle commissioni di concorso	Risorse umane Direzione amministrativa CUG	X	X	X	bilancio di genere nelle delibere di nomina
	A. 5. favorire l'equilibrio di genere nel numero di relatrici / moderatori nei corsi / convegni organizzati da INMI	inserimento di raccomandazioni nella modulistica in uso	Formazione Responsabili Scientifici convegni	X	X	X	bilancio di genere
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 di genere e altro	organizzazione n.1/ 2 corsi di formazione / convegni ogni anno	Formazione Responsabili Scientifici convegni	X	X	X	organizzazione n.1/ 2 corsi di formazione / convegni ogni anno

	B 3 promuovere la cultura sull'equilibrio di genere	creazione nel sito istituzionale di una sezione denominata "virologhe nella storia"	SIA	X			Inserimento sezione dedicata su sito aziendale www.inmi.it
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				>= 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	responsabili degli studi	X	X	X	verifica report
		inserire (ove disponibile) nei report periodici la distinzione di genere e l'incidenza per genere della patologia oggetto di ricerca;	responsabili degli studi	X	X	X	verifica report

Tabella 1 - Gender Equality Plan approvato dall'Istituto con deliberazione n. 788/2021

SEZIONE 2.04 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 ed ha individuato 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; in particolare il piano nazionale sull’anticorruzione è stato aggiornato con la delibera n. 1208 del 22 novembre 2017, con la delibera n. 1074 del 21/11/2018, con la Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 e da ultimo attraverso la pubblicazione in consultazione del PNA 2022-2024, attualmente in fase di approvazione da parte del consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione.

In ordine alla materia l’Istituto ha inizialmente provveduto ad acquisire il software opensource “Globaleaks”, fornito dal Centro Hermes per la trasparenza ed i diritti umani digitali, nonché a compiere un’approfondita opera di emendazione ed aggiornamento della procedura interna per la segnalazione degli illeciti (adottato in origine con la deliberazione n. 338 del 03.06.2015) sfociata nella redazione e pubblicazione del regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni di illecito di cui alla Deliberazione n. 1013 del 3 dicembre 2020.

Attualmente è in fase di acquisizione un nuovo applicativo per la gestione delle segnalazioni di illecito, che diventerà operativo a decorrere dal 2023.

Il suddetto Regolamento aziendale per il whistleblowing verrà aggiornato mediante l’inserimento di una procedura operativa dedicata al nuovo software per la gestione delle segnalazioni di illecito.

Il nuovo Regolamento sulla segnalazione d'illeciti-Whistleblowing è 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.

Per quanto attiene le disposizioni in materia di trasparenza, il d.lgs. 97/2016, nel modificare il d.lgs. 33/2013 e la l. 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.

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 che poi è stata 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.

Il PTPCT 2022-2024 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 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 2022 – 2024 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 nuovo PNA 2022-2024.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione, seppure integrato nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (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"-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 anticorruptive 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.

Il sondaggio predetto è stato articolato in n. 15 quesiti a risposta chiusa e aperta e ha recepito le indicazioni di 268 dipendenti dell'Istituto Spallanzani (più del 30% delle risorse in servizio). L'analisi puntuale dei predetti quesiti ha consentito di trarre delle preziose indicazioni operative in merito alle misure di prevenzione da approntare, nonché in relazione al grado di conoscenza e di sensibilità nei riguardi del fenomeno corruttivo detenuto dai dipendenti. Lo studio dei dati ricavati dalla rilevazione predetta è stato pubblicato in occasione della redazione 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/>

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'I.N.M.I. 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.

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 (nominati con la deliberazione n. 217 del 31.03.2021) nell'area di rispettiva competenza;

d. l'Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.): l'OIV 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;

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 (Istituto)

- 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.;

- Corretto svolgimento di attività libero-professionale intra ed extra-muraria (L. n. 662/1996, art. 1 c. 14; Decreto del Ministero della Salute del 31/07/1997; DGR n. 342/2008, art. 23).

- 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 smi 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. In ossequio a quanto raccomandato nell'ambito del recente Vademecum approvato dal Consiglio ANAC in data 02.02.2022, denominato “orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”, a mezzo della Deliberazione n. 247 del 09.05.2022, si è provveduto a nominare la dr.ssa Rita Pauri, dirigente della UOSD Affari Generali e Contenzioso, come sostituto del RPCT in carica, nell'eventualità in cui si verifici una temporanea ed improvvisa assenza del medesimo.

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

Il Dott. Giacomo Riello, collaboratore amministrativo professionale assegnato alla UOSD Affari Generali e Contenzioso, è stato altresì nominato assistente del Responsabile dell'anticorruzione e della trasparenza in forza del suddetto provvedimento.

L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello di dirigente già titolare di incarico dirigenziale, per l'espletamento dell'incarico, si avvale:

- di una struttura amministrativa di supporto, costituita a mezzo della deliberazione n. 247 del 09.05.2022, nonché della nota protocollo n. 6196 del 06.05.2021;
- di mezzi idonei;
- della collaborazione dei Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, nominati singolarmente dai Dirigenti Responsabili di ciascuna Unità Operativa dell'Istituto ed elencati nell'ambito della Deliberazione n. 217 del 31.03.2021, consultabile al seguente link: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza-2021-2023/>.

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 circa i risultati al RPCT.

Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

In considerazione del carattere altamente complesso dell'organizzazione afferente ad un I.R.C.C.S. di rilevanza nazionale ed internazionale, il R.P.C.T. si avvale, come già previsto dal P.N.A. 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 R.P.C.T 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. 30 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 all'uopo misure di prevenzione finalizzate a scongiurare la verificazione del pericolo corruttivo, isolato attraverso il processo di mappatura del rischio. I referenti de quo sono stati formati nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza attraverso la partecipazione ad un apposito corso di formazione, articolato in n. 6 incontri formativi della durata di 4 ore cadauno (24 ore complessive), organizzato dalla scuola di formazione "Legal In Lab".

Nel 2021, al fine di diffondere la conoscenza della normativa sull'anticorruzione e la trasparenza tra i dipendenti dell'Istituto è stato organizzato un corso formativo intitolato "la governance sanitaria e le misure di anticorruzione e trasparenza", erogato dalla società "Kibernetes", articolato in quattro incontri formativi, per un totale di 12 ore di formazione complessive, a cui hanno partecipato in totale n. 39 dipendenti, tra cui una parte dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza. Infine, nel corso dell'annualità 2022 la struttura dell'anticorruzione e della trasparenza, in collaborazione con il Centro per la formazione e lo sviluppo delle competenze, ha organizzato un corso di aggiornamento in favore dei succitati referenti, erogato da Transparency International Italia nel corso di quattro giornate formative. Inoltre si è provveduto ad erogare una formazione specialistica nell'ambito della materia in parola attraverso l'organizzazione di un master universitario annuale, erogato dall'Università degli Studi Roma Tre, in favore del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza in carica all'epoca.

In merito alla mappatura dei processi per l'anno 2021, 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. 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 verrà 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 è stato inserito nel Piano della Performance 2021-2023 (deliberazione n. 41 dello 01.02.2021) e costituisce obiettivo strategico di budget per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2022, 2023 e 2024. In particolare i dirigenti devono:

- 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 smi);
- 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 2022-2024 e la relativa sezione attribuiscono, in riferimento agli obiettivi strategici di budget, un peso rilevante all’espletamento delle azioni sull’anticorruzione e la trasparenza prefissati nel PTPCT 2021-2023, pari al 5%.

Tabella 2 - Obiettivo 2022 Trasparenza e Anticorruzione

Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Indicatore di performance	Peso
			%
Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.	INDICATORE: n. dichiarazioni AGENAS e CV dei Dirigenti (in servizio non già trasmessi nell'anno 2021 o nuovi assunti presso l'unità operativa) trasmessi al RPCT / N. totale di Dirigenti in servizio presso la U.O. <i>FONTE: Relazione del Resp. della Prevenzione e della Corruzione</i>	5%

L’obiettivo di budget relativo agli adempimenti attribuiti dal PTPCT alle singole UU. OO sarà 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 sede di mappatura dei processi.

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, UOS SAR, UOS Formazione, 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. 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 per il pagamento di fornitori di beni e servizi (UOC Bilancio).
- 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, UOS Formazione, 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

In riferimento alla mappatura dei processi 2021, si rappresenta che è stata realizzata una mappatura analitica di tutte le Unità organizzative dell'Istituto, suddividendo i processi in attività e fasi, pubblicata in allegato al PTPCT 2022-2024 e consultabile al seguente link: <https://trasparenza.inmi.it/wp-content/uploads/2022/05/collegamento-ipertestuale-alla-mappatura-dei-processi-tpct-2022.pdf> .

In estrema sintesi, si è provveduto ad analizzare i moduli di rilevazione del rischio che pervenivano dalle strutture per un totale di n. 154 attività mappate.

Dall'analisi della valutazione dei rischi rilevati in una scala tra alto, medio e basso, è emerso che n.4 hanno un valore alto, n. 58 un valore medio ed i restanti n. 92 processi rientrano nel livello di rischio basso.

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 disaminare tematiche settoriali in relazione ai rischi corruttivi di maggiore incidenza e pericolosità.

Nell'anno 2022 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 formativi, per un totale di 6 ore di formazione complessive, è stato erogato dall'associazione no profit Transparency International

Italia, in partnership con l'ente di ricerca per la prevenzione della corruzione React, e ha analizzato le seguenti tematiche:

1. I valori e principi del dipendente pubblico;
2. la normativa anticorruzione - nuovi doveri per il dipendente;
3. La disciplina del whistleblowing;
4. I rischi di corruzione nel settore sanitario.

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.

I referenti per l'anticorruzione e la trasparenza sono stati sistematicamente coinvolti in un'attività di brainstorming in relazione alle principali misure anticorruptive da realizzare nel corso del triennio 2022-2024, con speciale riguardo alla mappatura dei processi corruttivi.

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. Inoltre, 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, al seguente link: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza-2021-2023/> si reputa opportuno programmare, nel corso dell'annualità 2023, un corso base di formazione rivolto a circa n. 200 dipendenti. 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.

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 e consultabile al seguente link: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza-2022-2024/>.

La necessità di fronteggiare la Pandemia da Covid 19 ha determinato l'avvio di una massiccia campagna di assunzioni che ha coinvolto tutte le Unità Organizzative dell'Istituto.

In ragione di quanto predetto, nel periodo incluso tra lo 01.01.2021 ed il 31.12.2021, sono state aggiunte alla dotazione organica dell'Istituto n.41 unità di personale (sia nel rango della dirigenza che del comparto sanitario ed amministrativo) che hanno consentito di attuare una parziale rotazione del personale.

Il rischio che si consolidino posizioni di vantaggio nell'ambito delle Unità Organizzative dell'Istituto è stato minimizzato attraverso l'effettuazione di più di settecento cambi di assegnazione.

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, 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 e pubblicato, a mezzo della Deliberazione n. 1013 del 3 dicembre 2020, un nuovo 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.

Il predetto software verrà reso fruibile 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 predetto regolamento aziendale in fase di revisione, si informerà 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. Le segnalazioni sono e saranno valutate in base a quanto disposto nel regolamento d’Istituto di cui sopra e, qualora si ritenga che le stesse abbiano rilevanza disciplinare, si procederà secondo la normativa vigente.

Nel caso in cui il responsabile per la prevenzione della corruzione, nell’esercizio delle funzioni attribuite con il presente piano, venga a conoscenza di fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare, dovrà darne informazione al superiore gerarchico dell’ufficio/servizio/UO/Dipartimento nel quale presta servizio il o i dipendenti che potrebbero essere coinvolti. Il superiore gerarchico procederà con le modalità sopra descritte. In sede di procedimento disciplinare a carico dell’eventuale responsabile del fatto illecito, l’identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, a condizione che la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora invece la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l’identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell’incolpato.

La Legge n. 179 del 30.11.2017 prescrive che 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 da 10.000 a 50.000 euro.

Nel corso del 2022 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.

Al fine di evitare conflitti ed operare in un regime di massima trasparenza, è stato richiesto negli anni passati (fino al 31.12.2020), con cadenza annuale, a tutti i dirigenti dell'INMI di compilare per ANAC le dichiarazioni pubbliche di interesse con le quali questi ultimi dichiaravano i rapporti intercorsi che avrebbero potuto generare conflitti. Nello specifico, le dichiarazioni venivano rese dagli interessati attraverso invio formale all'indirizzo di posta elettronica dedicato: trasparenza@inmi.it, previa compilazione del relativo format sulla piattaforma telematica dell'Agenas.

Nel corso del 2022 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 sono sussista un conflitto di interesse in merito ad una procedura di gestione di un contratto pubblico, nell'arco del triennio 2023-2025 sarà cura dell'Istituto 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

Le attività di adozione, aggiornamento e pubblicazione del Piano Triennale per la trasparenza e l'integrità, nonché l'implementazione della sezione "amministrazione trasparente", costituiscono nel loro 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. Il Piano della trasparenza 2022 – 2024 inteso come sezione del presente Piano anticorruzione si intende quindi di seguito integralmente riportato come parte integrante e sostanziale del presente atto.

I nuovi obblighi relativi alla trasparenza vengono dettagliatamente specificati nella deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e nell'allegata griglia nella quale sono identificate le strutture responsabili della trasmissione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Per quanto attiene la pubblicazione di quanto sopra, allo stato, provvede ogni singola UUOO, sulla base della relativa competenza.

I Responsabili delle Unità Operative ed i rispettivi referenti per la trasparenza sono attualmente identificati come responsabili degli adempimenti. Essi possono indicare, a loro volta, per ciascun adempimento un referente che operativamente adempirà l'obbligo, dandone comunicazione al RPCT.

Nel triennio 2022-2024 si proseguirà nell'utilizzo del portale Word Press di ausilio alle strutture per l'inserimento dei dati nella sezione "amministrazione trasparente".

Nel corso del 2021 è stato altresì costituito un gruppo di lavoro finalizzato ad aggiornare, in modo completo ed esauriente, i dati e le informazioni obbligatorie contenuti nelle sottosezioni di Amministrazione Trasparente.

L'attività della predetta "task force" ha consentito di aggiornare nella sezione istituzionale sulla trasparenza n. 55 sezioni e sotto-sezioni di Amministrazione Trasparente a cui i cittadini possono accedere, in modo facile, intuitivo e completo attraverso il sito istituzionale 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 ex l. 241/90 è, in effetti, 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 lege 241 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 per il primo semestre dell'anno 2022. Risultano

pervenute n. 3 istanze di accesso civico semplice e/o generalizzato nel corso del primo semestre dell'anno 2022.

Codice Etico e di Comportamento

L'adozione di un codice etico e di comportamento, la diffusione, la formazione e la sensibilizzazione alla sua osservanza è certamente necessaria a prevenire l'illegalità ed a evitare che si verifichino 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 ed 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 2023 – 2025, 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.

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 anti corruttiva, a mezzo della deliberazione n.7 del 05/01/2018, ha adottato un regolamento in materia di disciplina degli incarichi esterni prestati 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". Il predetto regolamento delinea una dettagliata procedura di autorizzazione che rispecchia fedelmente le indicazioni dettate in materia dalle linee guida ANAC.

Nel corso del 2022, l'RPCT e la UOC Risorse Umane hanno provveduto ad effettuare una ricognizione complessiva sul rispetto della procedura aziendale di conferimento degli incarichi esterni, pubblicando, sulla sottosezione di Amministrazione Trasparente denominata "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)", le autorizzazioni allo svolgimento di incarichi esterni, ex art. 53 D. Lgs. 165/2001, conferite, a titolo oneroso o gratuito, al personale dipendente.

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".

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 (2022 - 2024)

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.

- **albo dei fornitori**

Le gare vengono gestite telematicamente. Quelle a procedura aperta tramite la Piattaforma Regionale "Stella", le altre o tramite la predetta piattaforma telematica della Regione Lazio ovvero tramite MEPA. Questo garantisce, nell'ambito delle procedure di affidamento di valore elevato, la massima partecipazione e trasparenza, atteso altresì che, attraverso un sistema di marcatura temporale e firma digitale dei documenti, si certifica la massima trasparenza, integrità ed economicità delle procedure in discussione (strutture interessate UOC Servizio Tecnico, UOC ABS, UOSD Sistemi Informatici e Telecomunicazioni, UOS SAR). Al fine di garantire una maggiore trasparenza in relazione agli appalti di lavori, servizi e forniture, sono stati pubblicati, negli anni passati, gli elenchi dei fornitori che detengono almeno un contratto di appalto in essere con l'INMI, nella sottosezione "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza".

- **Infungibilità**

È stato effettuato, quale misura anti corruttiva, l'aggiornamento del Regolamento per l'acquisizione di beni Infungibili, sulla base della nuova normativa in materia di appalti d.lgs. n.50/2016 s.m.i. 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 di acquisizione di beni infungibili, in conformità alla normativa in materia di appalti dettata dal d.lgs. n.50/2016 s.m.i. Le strutture sono tenute all'osservanza del codice degli appalti, fermo restando le eccezioni consentite in caso di infungibilità tecnica per motivi di ricerca.

- **Programmazione**

L'Istituto provvede, quale misura anti corruttiva, alla programmazione delle gare di importo superiore ad € 40.000,00. 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. Inoltre tenendo conto delle indicazioni della determina ANAC n. 12/2015 e smi è stato disposto quanto segue (strutture interessate UOC Servizio Tecnico, UOC ABS, UOSD Sistemi Informatici e Telecomunicazioni, Centro per la Formazione, UOS SAR):

- Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici;
- Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nel Codice degli appalti e nel Codice Civile;
- Accessibilità on-line della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinita e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti (nomine effettuate con deliberazione dell'Istituto);
- Misure atte a documentare il procedimento di valutazione delle offerte verbali anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.
- Tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico.
- Obbligo di preventiva pubblicazione online del calendario delle sedute di gara per gare aperte.

Le strutture sopra indicate sono tenute, per quanto di competenza, a riferire eventuali criticità riscontrate al RPCT in ordine all'applicazione delle suindicate misure. Inoltre, in occasione della mappatura dei processi relativa all'anno 2021, sono state identificate molteplici misure di prevenzione del rischio corruttivo, indicate nello specifico nella scheda di mappatura della UOC Acquisizione, Beni e Servizi, consultabile al seguente link: : <https://trasparenza.inmi.it/wp-content/uploads/2022/05/collegamento-ipertestuale-alla-mappatura-dei-processi-ptpct-2022.pdf> .

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.

Monitoraggio sull’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza provvede 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.

Nel corso del 2021, in ragione di criticità organizzative legate alla mancanza di una struttura organizzativa dedicata a tempo pieno a fornire supporto operativo al RPCT, nonché all’incremento del tasso di assenza del personale dedicato, cagionato dalla diffusione del contagio da covid-19, l’attività di monitoraggio non è stata svolta in modo continuo ed esauriente come programmato nel PTPCT 2021-2023.

Nel triennio 2023-2025, l’attività di monitoraggio verrà attuata in modo maggiormente continuo e sistematico, rispettando la cadenza semestrale dei controlli. Le relazioni sullo stato di attuazione delle misure anticorruptive saranno 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. In caso di mancato riscontro ovvero di riscontro incompleto o tardivo, l'RPCT segnalerà formalmente l'inadempienza al Responsabile della Unità Operativa interessata affinché provveda ad inoltrare in modo sollecito la relazione in parola.

Coinvolgimento degli Stakeholders nella redazione del PTPCT

L'esigenza di sollecitare il coinvolgimento degli Stakeholders (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 Stakeholders 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.

L'INMI L. Spallanzani provvede a coinvolgere gli stakeholders nella redazione del PTCT, pubblicando un avviso specifico sul sito Istituzionale, nella sezione "in evidenza", nonché sull'intranet aziendale. Sono state inoltre invitate le organizzazioni sindacali di categoria a contribuire alla predetta stesura, a mezzo di invio e-mail. Nel triennio 2023-2025 verranno organizzate giornate sulla trasparenza e la prevenzione della corruzione a cui potranno partecipare tutti gli stakeholders dell'Istituto.

Ulteriori misure specifiche

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

In ordine alle problematiche correlate alla delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e/o comunque alla gestione ed utilizzo della camera mortuaria, così come suggerito nella Determina ANAC n. 12/2015, l'INMI nell'anno 2016 ha adottato una "procedura per il trasporto salme".

La Direzione Sanitaria dell'Istituto è tenuta a monitorare l'attivazione delle misure sopra evidenziate e a porre in essere azioni volte al rispetto delle misure anticorruptive. Di questa attività dovrà riferire semestralmente al Responsabile Anticorruzione. In merito alla sopracitata attività è prevista la trasmissione di un report semestrale al Responsabile Anticorruzione.

La Direzione Sanitaria dell'Istituto ha avviato un procedimento di revisione della suddetta Istruzione Operativa al fine precipuo di integrare ed attuare le seguenti misure a tutela del libero arbitrio dei familiari del defunto nella scelta dell'agenzia funebre:

- 1) predisposizione di una modulistica informativa a supporto della gestione delle procedure di onoranze funebri;
- 2) approntamento di un modulo per la presa in carico delle salme;
- 3) richiesta della formazione dell'atto di morte;
- 4) affissione di un apposito avviso presso la morgue;
- 5) creazione di un modello standard di delega per il ritiro dei documenti per le esequie.

Il servizio di ausiliario in riferimento al trasporto delle salme è stato affidato alla cooperativa sociale Consorzio Blu a mezzo della Deliberazione n. 259 del 17.04.2020, pubblicata nell'ambito della sezione di Amministrazione Trasparente dedicata ai Bandi di Gara e ai Contratti.

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, a mezzo della nota prot. n. 14921 del 31.12.2021.

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.

La Direzione strategica dell'Istituto ha provveduto, altresì, a promuovere una riorganizzazione complessiva dell'attività libero professionale, attraverso la predisposizione di un nuovo regolamento aziendale che, in integrazione del precedente Regolamento ALPI di cui alla Deliberazione n. 543/2018, disciplina l'attività libero professionale intramuraria, dettagliando le modalità operative inerenti le prestazioni relative all'attività specialistica e di laboratorio. La revisione della procedura aziendale sulla gestione dell'attività libero professionale intramuraria consentirà 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.

È inoltre opportuno adottare un sistema di verifica dei conflitti di interesse dei CE tale da identificare, oltre l'eventuale conflitto di interesse al momento della nomina, anche la sua eventuale sussistenza al momento della presentazione e valutazione della sperimentazione clinica. Sarà inoltre

richiamata l'attenzione sull'opportunità di prevedere in tutti i regolamenti aziendali, un congruo lasso di tempo tra il finanziamento per la ricerca e la cessazione di un contratto a titolo oneroso con il soggetto che finanzia la ricerca, o sue imprese controllate.

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.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

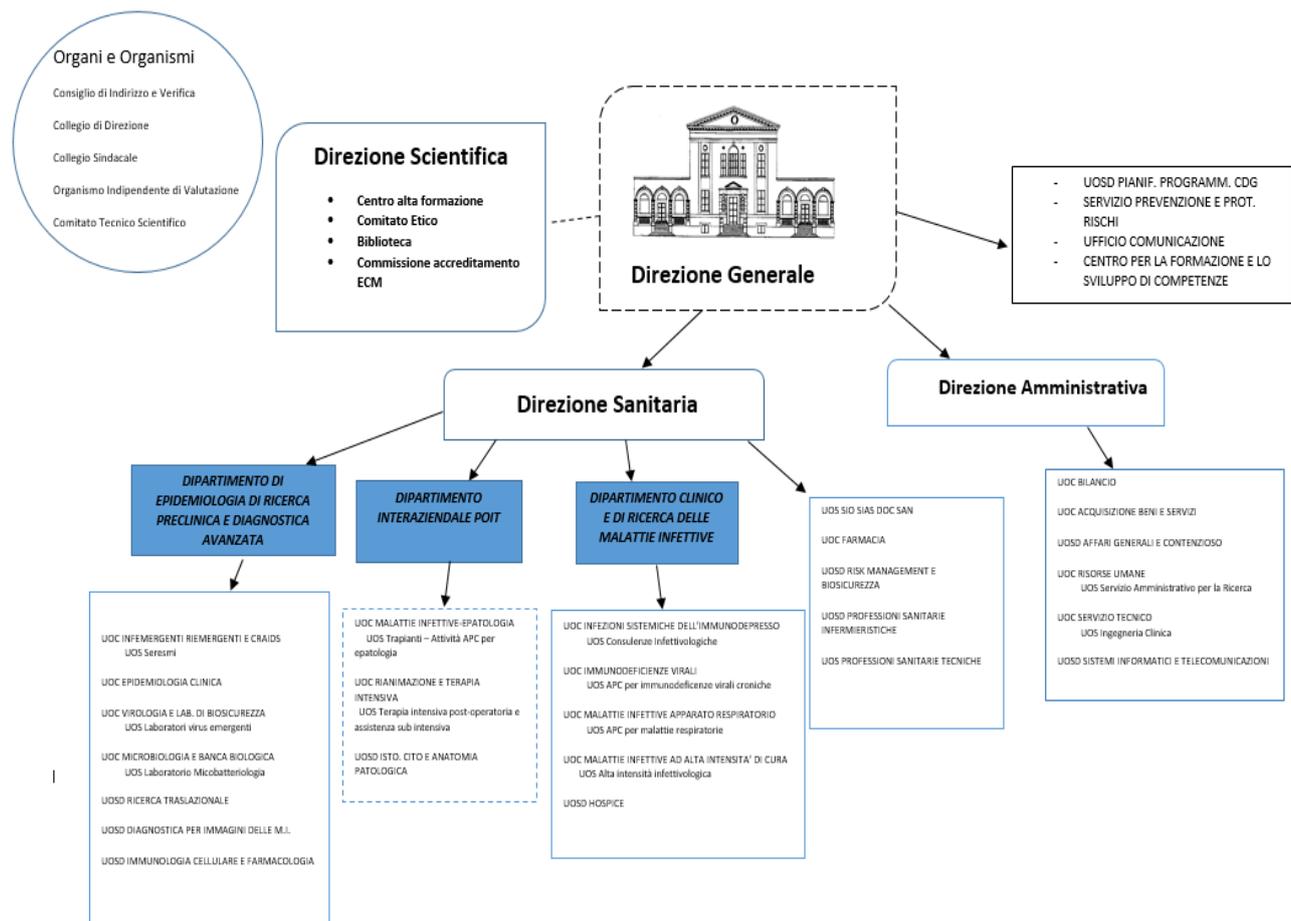
SEZIONE 3.01 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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 nuovo 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).

Figura 1 - Organigramma INMI



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 socio-sanitari 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 predetto 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.

Al fine di fronteggiare l'incremento esponenziale dei casi critici cagionati dall'infezione da SARS-CoV-2, a partire dal 13 marzo 2020, l'Istituto ha potenziato progressivamente la propria capacità recettiva, passando da n° 164 a n° 232 di degenza ordinaria e da n°12 a n° 35 di Rianimazione. Nel corso del 2021 l'Istituto ha mantenuto la flessibilità recettiva adattandosi alle varie fasi pandemiche garantendo un minimo di 180 letti ordinari e 25 letti di Rianimazione e un massimo di 235 letti di ricovero ordinario e 55 letti di Rianimazione.

Di seguito i posti letto mediamente utilizzati nell'anno 2021:

CDC	UO	PL medi	tipo ric	Descrizione
DS30020P01	2401	40.53	ORD	UOC Malattie Infettive-Epatologia
DS10010P01	2402	41.82	ORD	UOC Infezioni Sistemiche e dell'Immunodepresso
DS10020P01	2405	41.93	ORD	UOC Immunodeficienze Virali
DS10030P01	2406	40.16	ORD	UOC Malattie Infettive ad Alta Intensita' di Cura
DS10040P01	2409	42.50	ORD	UOC Malattie Infettive Dell'apparato Respiratorio
DS30002P02	4920	49.10	ORD	Uoc Rianimazione E Terapia Intensiva

DS10001P06	299	6	DH	Day Hospital Centralizzato
-------------------	-----	---	----	----------------------------

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.

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 in corso, 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).

Tuttavia, come è noto, durante tutto il periodo caratterizzato dall'emergenza COVID-19, l'INMI Spallanzani, ha svolto e continua a svolgere un ruolo centrale nella gestione dell'emergenza stessa, quale riferimento sia regionale che nazionale. Proprio la centralità dell'Istituto nella gestione dell'emergenza epidemiologica, centro dei servizi ospedalieri e di ricerca per il contenimento e la gestione dell'emergenza, ha richiesto uno sforzo ulteriore, richiedendo a tutto il personale, anche di tutti i servizi amministrativi, per la sua fungibilità, di essere utilizzato anche a supporto di altri uffici, al fine di garantire rapidamente l'effettuazione degli adempimenti relativi ad acquisti di attrezzature (attivazione di nuovi posti letto di terapia intensiva, acquisto di ventilatori, lavori di realizzazione di interi nuovi reparti ecc) servizi, acquisizione di personale e di tutto quanto necessario per facilitare e supportare l'attività del settore clinico e della ricerca.

Proprio in virtù delle soprarichiamate motivazioni non si è predisposto un Piano Organizzativo del Lavoro Agile da poter concretamente rappresentare nell'ambito di suddetto Piano Triennale ma si coglie l'occasione dello stesso per cominciare a ripensare l'attuale 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.

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, garantendo un accesso diretto ai servizi di posta elettronica, ai principali software di editing digitale (word, excel, powerpoint) direttamente da rete internet, tramite autenticazione sicura del dipendente.

Sono stati attivati servizi aziendali di condivisione documentale, tramite strumenti cloud quali Microsoft One Drive 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 VPN, con riconoscimento individuale del dipendente. Tra queste applicazioni: sistema amministrativo contabile, sistema di approvazione atti amministrativi, applicazioni cliniche e diagnostiche.

Nel pensare ad un programma di sviluppo si partirà: 1) dall'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 (anche coinvolgendo i cittadini), 4) analisi degli impatti interni ed esterni.

In una seconda fase si ragionerà sugli indicatori del POLA, in particolare sullo stato di implementazione del POLA, sulla performance organizzativa, sulla performance individuale e sui comportamenti da osservare.

Anche se il lavoro agile ad oggi in molte realtà parte da un impulso dovuto alla necessità di fronteggiare un'emergenza, quella epidemiologica da Covid nello specifico, in realtà deve basarsi, come richiamato più volte nelle linee guida della Funzione Pubblica, su un ripensamento dei modelli organizzativi in essere basato su un ampio e puntuale processo di programmazione.

SEZIONE 3.03**PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE**

Il Personale in servizio al 31.12.2021 consta di n. 941 unità (n. 204 per la dirigenza e n. 737 per il personale di comparto considerando sia il personale a tempo indeterminato che determinato), ripartite secondo lo schema riepilogativo riportato in calce.

QUALIFICA PROFESSIONALE	TIPOLOGIA CONTRATTO	NUMERO UNITÀ
Dirigenti Medici	Dirigenza Medica	147
Biologi	Dirigenza Sanitaria	35
Farmacisti	Dirigenza Sanitaria	5
Psicologi	Dirigenza Sanitaria	2
Analista	Dirigenza Tecnica	1
Dirigenti Amministrativi	Dirigenza Amministrativa	8
Chimico	Dirigenza Sanitaria	2
Dirigente Delle Professioni Sanitarie	Dirigenza Sanitaria	2
Ingegnere	Dirigenza Ruolo Professionale	2
Collab. Prof. Sanit. Esperto Infermiere	Comparto Ruolo Sanitario	9
Collab. Prof. Sanit. Infermiere	Comparto Ruolo Sanitario	452
Infermiere Generico Senior	Comparto Ruolo Sanitario	0
Collab. Prof. Sanit. Senior Dietista	Comparto Ruolo Sanitario	1
Collab. Prof. Sanit. Dietista	Comparto Ruolo Sanitario	3
Cps Senior Assistente Sanitario	Comparto Ruolo Sanitario	1
Cps Assistente Sanitario	Comparto Ruolo Sanitario	1
Cps Tecnico Laboratorio Biomedico	Comparto Ruolo Sanitario	49
Cps Senior Tecnico Sanitario Radiologia Medica	Comparto Ruolo Sanitario	2
Cps Tecnico Sanitario Radiologia Medica	Comparto Ruolo Sanitario	15
Cps Senior Fisioterapista	Comparto Ruolo Sanitario	1
Cps Fisioterapista	Comparto Ruolo Sanitario	7
Cps Tecnico Della Prevenzione	Comparto Ruolo Sanitario	3
Assistente Sociale	Comparto Ruolo Tecnico	3
Collaboratore Tecnico Professionale	Comparto Ruolo Tecnico	5
Assistente Tecnico	Comparto Ruolo Tecnico	1
Operatore Tecnico Specializzato	Comparto Ruolo Tecnico	1

Operatore Tecnico	Comparto Ruolo Tecnico	14
Operatore Socio Sanitario	Comparto Ruolo Tecnico	47
Operatore Tecnico Addetto All'Assistenza	Comparto Ruolo Tecnico	5
Ausiliario Specializzato	Comparto Ruolo Tecnico	12
Collaboratore Amministrativo Professionale	Comparto Ruolo Amministrativo	18
Assistente Amministrativo	Comparto Ruolo Amministrativo	45
Coadiutore Amministrativo Esperto	Comparto Ruolo Amministrativo	7
Coadiutore Amministrativo	Comparto Ruolo Amministrativo	6
Commesso	Comparto Ruolo Amministrativo	1
Assistenti Religiosi a Convenzione	Comparto Ruolo Professionale	2
Specialista della comunicazione	Comparto Ruolo Professionale	2
Ricercatori sanitari e Collaboratori di ricerca	Comparto Ruolo Sanitario	24

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 2020:

Analisi caratteri quali quantitativi

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	44,86
Età media dei dirigenti (anni)	47,32
Personale a tempo indeterminato e personale dirigente assunto in servizio nel corso dell'anno	38 di cui 16 dirigenti
% dirigenti in possesso di laurea	100%
Ore di formazione ECM	283,5
Numero partecipanti	2226
Numero totale progetti ed eventi	77
Unità di personale - Differenza 31/12/2020-31/12/2021	-54
Risorse destinate all'aggiornamento professionale (dati Preconsuntivo 2021)	€37.673,80

Analisi del benessere organizzativo

INDICATORI	VALORE
Tasso di assenze personale comparto (dati 2021)	25,67%
Tasso di assenze personale dirigente (dati 2021)	20,57%
Tasso di infortuni	4,36%
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto	2.219,27 euro
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti	5.445,31 euro
% di personale assunto a tempo indeterminato	77,12 %

Analisi di genere

INDICATORI	VALORE
% di dirigenti donne	68,63%
% dirigenti uomini	31,37%
% di donne rispetto al totale del personale	71,06%
% di uomini rispetto al totale del personale	28,94%
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	54,89%
Età media del personale femminile non dirigente	43,22
Età media del personale femminile dirigente	44,60

La Relazione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il triennio 2022 – 2024 non risulta ancora elaborato e trasmesso in Regione. Di seguito verranno rappresentati i dati contenuti nel Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il 2021, 2022 e 2023.

Il Piano del fabbisogno di personale 2021 - 2023 (d'ora in poi solo Piano del Fabbisogno di Personale) è stato realizzato in applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 6 del D. Lgs. 165/01 e s.m.i. con riguardo all'“Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale” e secondo le linee guida emanate al riguardo dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione pubblicate nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 173 del 27 luglio 2018. Suddetto Piano, inoltre, è stato redatto compatibilmente con le risorse finanziaria previste dal SSR ed è stato predisposto nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale, in particolare, con il disposto dell'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006,

n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni, che stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

Il Piano di Fabbisogno del 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. A tal fine, si evidenzia che 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. E' stata condotta inoltre un'analisi sul personale che beneficia di permessi legge n. 104/92 pari a circa il 16 % del numero totale dei dipendenti per i quali è necessario prevedere opportuna sostituzione nelle giornate di assenza.

Il Piano dei Fabbisogni di Personale è redatto anche considerando:

- l'alto numero di unità di personale comandato in uscita, in rapporto al numero di personale dipendente in forza presso l'Istituto, per il quale si indicano i dati richiesti:
- N.1 Cps Tecnico Di Laboratorio Biomedico in comando presso AOU Policlinico Umberto I;
- N.4 Operatori Tecnici addetti all'assistenza comandati presso NUE;
- N.1 CPS Fisioterapista in aspettativa di lunga durata per missione umanitaria;
- N.1 Operatore Tecnico in comando presso MdS;
- N.1 Coadiutore Amministrativo in comando presso NUE;
- N.1 Dirigente Medico in comando presso AIFA,
- N.1 Collaboratore Amministrativo Professionale in comando presso la ASL ROMA 3;
- N.1 Assistente Amministrativo in comando presso A.O. San Camillo Forlanini.

Si indica inoltre il personale comandato in entrata:

- N.1 Dirigente Medico OSSB da A.O. San Camillo Forlanini.

Si rappresenta, inoltre, che al fine di far fronte alle sostituzioni di personale cessato nel corso dell'anno 2021, l'Istituto ha richiesto l'aggregazione ai concorsi che bandirà il Policlinico Tor Vergata per i seguenti profili professionali e per in numero di unità indicate:

- Dirigente Medico Malattie Infettive n. 5 unità;
- Dirigente Farmacista n. 3 unità;

L'Istituto rimane aggregato alla ASL ROMA 1 per i concorsi di Collaboratore Amministrativo Professionale e Assistente Amministrativo.

La priorità dell'Istituto per l'anno 2022 è procedere al reclutamento dei seguenti Direttori di Unità Operativa Complessa:

- UOC Rianimazione e Terapia Intensiva;
- UOC Farmacia;
- UOC Virologia e Laboratori di Biosicurezza;
- UOC Microbiologia e Banca Biologica;
- UOC Infezioni Sistemiche dell'Immunodepresso;
- UOC Virus Emergenti e Riemergenti;
- UOC Traslazionale;

Per l'assunzione dei Direttori di Struttura Complessa delle unità operative come sopra specificate non sono previsti oneri di spesa aggiuntivi poiché trattasi di posizioni già previste nell'Atto Aziendale e che si sono rese vacanti nel corso degli anni precedenti.

L'Istituto è, inoltre, in attesa della pubblicazione dei bandi per gli avvisi di stabilizzazione ai sensi dell'art. 1, comma 268, Legge 234/2021 e per l'avviso di stabilizzazione ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 per le unità di personale, che poiché attualmente in servizio presso l'INMI a tempo determinato non comportano ulteriori oneri di spesa.

Il suddetto personale è indispensabile per effettuare l'attività ordinaria e dare attuazione alle attività aggiuntive definite da:

DCA 8 febbraio 2018, n. U00030 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)", Rep. Atti

n.180/CSR del 26/10/2017. Approvazione del documento "Riorganizzazione della sorveglianza e dell'assistenza per l'infezione da HIV e per l'AIDS nella Regione Lazio". Tale DCA affida all'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, "nell'ambito della sorveglianza e dell'assistenza per l'infezione da HIV e per l'AIDS, le funzioni di Centro di Riferimento Regionale per l'infezione da HIV/AIDS (CRRRAIDS)". Lo stesso DCA prevede la completa copertura della dotazione fissata dalla DGR 2550/92 e dalla DGR 992/94 e s.m.i. , e prevede che la "Regione Lazio, per le funzioni assegnate, assicura annualmente, nell'ambito del provvedimento di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, uno specifico finanziamento all'INMI Spallanzani finalizzato alla copertura dei costi di funzionamento del Centro stesso." Detto DCA istituisce presso l'INMI il Centro di coordinamento delle attività regionali in tema di AIDS, che vanno a sommarsi a quelle del "Centro Riferimento AIDS-Servizio di epidemiologia delle infezioni emergenti e riemergenti" dell'INMI, con i seguenti compiti:

- predisposizione di atti per l'attuazione del Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) - Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome;
- la raccolta, il controllo di qualità, l'elaborazione e l'archiviazione delle notifiche;
- l'effettuazione delle valutazioni periodiche e la predisposizione di un rapporto annuale; la comunicazione delle informazioni al Ministero ed all'Istituto Superiore di Sanità;

Il DCA 28 dicembre 2017 U00569 "Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra Regione Lazio e Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" (INMI) per il rinnovo del SERESMI - Servizio Regionale per Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive presso l'INMI, di cui al DCA n. U00314 del 7 ottobre 2014." riorganizza ed amplia i compiti del SERESMI come segue:

- Gestione dei sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e delle vaccinazioni, Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), Sorveglianze speciali ed integrate, Sorveglianze di laboratorio, Sistemi di sorveglianza dell'infezione da HIV e dei casi di AIDS, Sistema Informativo delle Vaccinazioni (SIV);
- Miglioramento del sistema informativo delle malattie infettive e delle vaccinazioni in collaborazione con le competenti Aree della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali: o Implementazione dei nuovi strumenti di gestione dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni, quali il sistema PREMAL e l'Anagrafe Vaccinale Informatizzata Regionale

(AVIR); Sorveglianza TB (esito trattamento, positività TB da laboratori ospedalieri); Sorveglianza infezioni correlate all'assistenza; Eventuali nuove sorveglianze disposte dal Ministero della Salute;

➤ Utilizzo e valorizzazione dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza: Assolvimento del debito informativo, previsto dalla normativa vigente, nei confronti degli organi istituzionali regionali e sovra regionali in materia di malattie infettive e vaccinazioni;

➤ Produzione di elaborazioni statistiche per ASL e Direzione Regionale;

➤ Produzione periodica di bollettini epidemiologici;

➤ Supporto Tecnico all'Area Prevenzione e Promozione della Salute della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per le iniziative di programmazione e indirizzo;

➤ Coordinamento delle attività delle Aziende USL nell'ambito della prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie;

➤ Realizzazione di interventi di controllo in risposta ad eventi epidemici in collaborazione con la Regione, le Aziende USL e le altre istituzioni del SSR;

➤ Conduzione di indagini ad hoc, programmi di studio e ricerca sanitaria finalizzati al miglioramento della prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie;

➤ Attività relative al Piano Regionale Prevenzione;

➤ Attività connesse all'emergenza epidemiologica in atto derivante da virus Covid-19.

SEZIONE 3.04 PIANO FORMATIVO AZIENDALE

L'Istituto gestisce la formazione secondo le direttive e gli standard richiesti dalla normativa nazionale e regionale. La pianificazione delle attività è attuata integrando gli obiettivi regionali, strategici aziendali e gli obiettivi specifici emersi dall'analisi del fabbisogno.

La definizione dei fabbisogni formativi alle esigenze di miglioramento dei processi aziendali è stata demandata ai responsabili di struttura dopo un confronto di questi con la direzione strategica dell'INMI. I responsabili delle varie UU.OO provvedono a trasmettere al CdF la scheda di proposta formativa (INMI/FOR/M-01) con le linee di indirizzo generale, dove sono indicati:

- ✓ gli obiettivi nazionali, regionali ed aziendali;

✓ le aree ed i settori di interesse prioritario, con particolare riguardo ai processi di innovazione tecnologica ed organizzativa.

La scheda di proposta formativa (INMI/FOR/M-01), suddivisa in 3 parti, si riassume come di seguito:

- Analisi Bisogni formativi
- Titolo del Progetto
- Responsabile Scientifico del Progetto
- Obiettivo generale del corso
- Obiettivi specifici del corso
- Destinatari del progetto
- Numero massimo di partecipanti
- Durata del progetto
- Tipologia dell'evento formativo
- Metodologia di insegnamento
- Sede dell'iniziativa
- Programma formativo
- Verifica apprendimento
- Sponsorizzazione o eventuali fonti di finanziamento/quote di partecipazione
- Firma del Responsabile Scientifico e del Direttore dell'U.O.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 157 del 10/03/2022 è stato approvato il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2022. Gli obiettivi approvati sono riconducibili a specifiche aree d'intervento strategiche, individuate dalla Direzione Strategica Aziendale, tenendo conto sia degli obiettivi formativi stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) sia stabiliti dalle linee di indirizzo regionali.

Tutti gli obiettivi formativi possono riguardare i seguenti livelli:

✓ **Obiettivi formativi Tecnico Professionali** (obiettivi ECM* nn. 10, 18, 19, 20, 21,22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34 ,35, 36, 37 e 38) sono finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali del settore specifico di attività. Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina;

✓ **Obiettivi formativi di Processo** (obiettivi ECM¹ nn. 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 32) sono finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Si rivolgono a professionisti ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione;

✓ **Obiettivi formativi di Sistema** (obiettivi ECM nn. 1, 2, 5, 6, 16, 17, 31, 33) sono finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione dei sistemi sanitari. Si rivolgono a tutti i professionisti, avendo caratteristiche interprofessionali.

Ogni obiettivo di area tematica è stato tradotto in un progetto formativo da attuare secondo tipologie formative differenti a seconda dell'argomento e dei destinatari.

Nella progettazione di un evento è necessario identificare, tra i seguenti, uno o più obiettivi formativi:

- ✓ Acquisire conoscenze teoriche e/o pratiche;
- ✓ Acquisire abilità nell'uso di strumenti, di tecniche e di metodologie;
- ✓ Acquisire abilità comunicative e relazionali;
- ✓ Acquisire competenze di *problem solving*;
- ✓ Acquisire abilità metacognitive

Nella definizione del piano formativo 2022 le tematiche formative possono essere riassunte come di seguito:

- Implementazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) aziendali;
- Sviluppo delle competenze di management sia per le professioni sanitarie che per il supporto amministrativo;
- Sviluppo delle competenze professionali nella gestione di processi e percorsi;
- Promozione del benessere organizzativo;
- Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08), Rischio Clinico e Primo soccorso;

¹ L'elenco completo degli obiettivi formativi ECM è riportato nel paragrafo 4.2 del "Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM" [HTTPS://APE.AGENAS.IT/ECM/OBIETTIVI-NAZIONALI.ASPX](https://ape.agenas.it/ECM/OBIETTIVI-NAZIONALI.ASPX)

- Anticorruzione e Trasparenza, Privacy;
- Accrescimento delle conoscenze e miglioramento delle competenze su argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello base ed avanzato e lingua inglese scientifica.

Il Comitato Scientifico ha ritenuto opportuno mantenere la progettazione delle attività formative prevalentemente in modalità FAD, sincrona ed E-learning, mentre a piccoli gruppi la formazione sul campo, nella modalità di gruppi di miglioramento o training individualizzato, e la formazione residenziale, nel rispetto della normativa di prevenzione del contagio, garantita, sempre a piccoli gruppi, solo per quei corsi con peculiarità esercitativa e relazionale.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

Il presente Piano Integrato di Attività e 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>.

Verrà altresì sottoposto, entro il 31 gennaio di ogni anno, a revisione ed alle modifiche che si dovessero rendere necessarie a seguito di eventuali modificazioni dell'organizzazione aziendale.

Per esigenze che dovessero emergere nel periodo di validità, il Piano de quo potrà essere modificato con atto del Direttore Generale, su proposta del Gruppo di Lavoro PIAO, costituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 552 del 14/11/2022, sentiti il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario Aziendale nonché con il coinvolgimento dell'OIV Organo deputato alla validazione dello stesso.

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 Gruppo di Lavoro PIAO

(Dr.ssa Federica Gatta)

(Dott.ssa Eleonora Bonifacio)

(Dott.ssa Rita Pauri)

(Dott. Virgilio Passeri)

(Dott. Alfredo Parisi)

(Dott. Mauro Lauretti)