



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

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE 2023 – 2025



PREMESSE	4
SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
SEZIONE 1.01 LA MISSION	8
SEZIONE 1.02 CAPACITÀ ASSISTENZIALE	12
DOTAZIONE POSTI LETTO	16
ATTIVITÀ DI RICOVERO	18
PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DAY HOSPITAL	22
ATTIVITÀ SCIENTIFICA	25
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	32
SEZIONE 2.01 VALORE PUBBLICO	32
SEZIONE 2.02 PERFORMANCE	34
SEZIONE 2.03 GENDER EQUALITY PLAN	46
SEZIONE 2.04 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	50
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: NOMINA E RUOLO.	55
REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA	56
ATTIVITÀ E STRUTTURE MAGGIORMENTE ESPOSTE AL RISCHIO DI CORRUZIONE	59
MAPPATURA DEI PROCESSI	60
MISURE DI CARATTERE GENERALE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	61
PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	65
ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	66
CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO	67
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	68
CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI	69
RASA (RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE)	69
MISURE DI MINIMIZZAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO ATTUATE NEL SETTORE DELL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI E DI COMMISSIONE DI LAVORI (2023 - 2025)	69
DIVIETO DI PANTOUFLAGE O POST-EMPLOYMENT	71

MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	72
COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDERS NELLA REDAZIONE DEL PTPCT	73
ULTERIORI MISURE SPECIFICHE	73
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	77
SEZIONE 3.01 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	77
SEZIONE 3.02 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	79
SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	82
SEZIONE 3.04 PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE	90
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	99

PREMESSE

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

Le finalità del PIAO risiedono nel:

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

Il PIAO ha durata triennale e definisce gli strumenti e le fasi "per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione", con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012. Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

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

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

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

SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS
SEDE	Via Portuense 292 – 00149 Roma
Codice Fiscale	05080991002
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 120.000 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 23/07/2021.

SEZIONE 1.01 LA MISSION

L'Istituto 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 rappresenta un elemento qualificante della missione dell'Istituto. L'attività di ricerca è prevalentemente traslazionale. Essa si distingue in corrente e finalizzata: è ricerca corrente l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica; è ricerca finalizzata quella attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento di particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sanitario Nazionale.

Le linee su cui si basa l'attività di ricerca corrente dell'INMI sono ridefinite ogni triennio ed approvate dal Ministero della Salute. La ricerca finalizzata si sviluppa attraverso la partecipazione a bandi specifici, regionali, nazionali ed internazionali promossi da enti ed istituzioni pubbliche e/o private ed anche nell'effettuazione di ricerche su commissione o sponsorizzate.

L'Istituto eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuo e diurno, prestazioni ambulatoriali, promuove l'interazione tra attività clinica e socio-assistenziale. La struttura residenziale per l'erogazione delle cure palliative (Hospice) all'interno dell'INMI, dotata di n° 8 posti letto attivi dal 01/09/2017, è stata temporaneamente chiusa il giorno 09/03/2020 per far fronte all'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, riaperto il giorno 01/09/2020 per le esigenze sanitarie e richiuso il giorno 05/10/2020 a causa dell'aumento delle attività assistenziali relative alla gestione dell'emergenza COVID-19. L'edificio, dopo aver accolto negli ultimi due anni la Centrale Operativa delle Squadre Unità Speciale di Continuità Assistenziale della Regione (USCAR) - Team di medici ed infermieri coordinati operativamente dall'INMI dal 2020 con l'inizio dello stato di emergenza pandemica (Determinazione G04569 del 20/04/2020 Regione Lazio, note Regione Lazio n. 392497 del 01/05/2020 e n. 0392489 del 01/05/2020) - è in fase di ristrutturazione, al fine di riqualificare gli ambienti e ripristinare la loro precedente destinazione d'uso in previsione della riapertura degli 8 posti letto di Hospice residenziale e 32 di assistenza domiciliare.

L'offerta ambulatoriale dell'INMI è ampia e copre tutte le aree tematiche delle malattie infettive, in particolare le epatiti virali croniche, le infezioni gravi e dell'ospite immunocompromesso, le infezioni delle donne in età fertile e in gravidanza, le malattie tropicali e

da importazione, la tubercolosi, le malattie a trasmissione sessuale, le esposizioni occupazionali e non ad HIV e ad altri patogeni a trasmissione ematica/sexuale.

L'offerta ambulatoriale si articola inoltre in accessi prenotabili su CUP regionale come prime visite e in percorsi ambulatoriali per pazienti presi in carico, per le patologie infettive a decorso cronico.

L'Istituto fornisce ad Enti e Istituzioni nazionali e internazionali consulenza e supporto per il perseguimento di obiettivi nel campo della ricerca, dell'assistenza e della formazione, in coerenza con le linee di programmazione nazionale e regionale di settore; concorre alla definizione delle politiche nazionali e regionali in materia di assistenza, di ricerca e di formazione, di sperimentazione e gestione dei fenomeni di emergenza, nel campo delle malattie infettive e dell'ospite immunocompromesso, nonché dei trapianti d'organo.

La Regione Lazio con la DCA U00314 del 07/10/2014, ha istituito il Servizio Regionale di Epidemiologia Sorveglianza e Controllo Malattie Infettive (SERES.M.I.) presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani.

L'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale seguita alla diffusione dell'epidemia da nuovo RNA betacoronavirus2, denominato SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), ha comportato per l'INMI Spallanzani una serie di interventi organizzativi rivolti sia all'adeguamento strutturale interno, sia all'assolvimento della funzione guida nel contesto della rete regionale caratterizzati dalla necessità di muoversi rapidamente in un contesto ambientale instabile e incerto.

La task force per il Servizio Sanitario Regionale, insediatasi il 28 gennaio 2020 per la gestione delle modalità operative su Coronavirus, ha stabilito un rapporto diretto tra le principali direzioni regionali. Tra i membri, oltre l'Assessore alla Sanità e all'Integrazione Sociosanitaria, il Direttore Operativo del Numero Unico Emergenza 112 (N.U.E.), il Direttore Sanitario dell'Ares 118, il Direttore generale della Programmazione Sanitaria, l'Area Ospedaliera e l'Area della Prevenzione, il Direttore Sanitario dell'INMI Spallanzani ed il SERES.M.I..

Il rapporto diretto tra le diverse autorità sanitarie regionali, improntato ad una metodologia basata sul *problem solving* con la necessità di muoversi in un contesto instabile con rapidità, ha consentito sia la riduzione delle tempistiche organizzative sia quelle relative alle attuazioni delle ordinanze/determine regionali emanate in modo progressivo per tutta la durata dello stato emergenziale.

In particolare le note della Regione Lazio sull’Emergenza COVID-19 – Azioni di fase IX con cadenza regolare sulla trasmissione dei report Check point settimanali del Piano di Risposta all’evoluzione dell’epidemia da infezione SARS-CoV-2 hanno comportato in maniera progressiva le riorganizzazioni dell’INMI in termini di rimodulazione dei posti letto della Rete COVID sia di Terapia Intensiva che di Degenza Ordinaria e di acquisizione di personale sanitario e tecnologie.

La pandemia da COVID-19 ha fatto emergere con chiarezza l’importanza di disporre di strutture e soluzioni tecnologiche flessibili, capaci di adattarsi alle mutate esigenze di carattere assistenziale e diagnostico. In tal senso, l’attivazione dell’Innovation Smart Center già durante la prima ondata pandemica è un esempio della flessibilità di cui è capace l’Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”.

Le caratteristiche tecniche dell’edificio, in precedenza definito “Alto Isolamento”, hanno favorito la sua conversione in struttura adibita al ricovero di pazienti affetti da COVID-19, a seguito di lavori di completamento e allestimento, consentendo all’Istituto di aumentare rapidamente la capacità ricettiva dei casi di COVID-19 più gravi.

La struttura, denominata ora “Innovation Smart Center” (ISC), è stata inaugurata nella nuova configurazione il 24 aprile 2020. Il Centro, attualmente sede di ricovero di pazienti COVID-19 in regime di Terapia Intensiva, ha dimostrato nel corso dell’emergenza il suo valore strategico per il Servizio Sanitario Regionale, configurandosi quale polo di assistenza riservato ai pazienti più gravi, in un contesto di elevata sicurezza sia per gli operatori sanitari che per i pazienti stessi, grazie ai suoi standard di alto bio-contenimento.

La recente pandemia ha evidenziato la rilevanza strategica dei laboratori di diagnostica e ricerca dell’Istituto, caratterizzati da elevati livelli di biosicurezza e capaci rispondere rapidamente all’emergenza di nuovi patogeni con carattere epidemico, svolgendo un’attività insostituibile per la gestione clinica ed epidemiologica dell’emergenza stessa.

Per questo l’Istituto prevede di potenziare l’Innovation Smart Center con la creazione di un vero e proprio Smart & Green Hospital, caratterizzato dall’impiego della tecnologia quale strumento privilegiato per garantire l’ottimizzazione dei processi e delle prestazioni e da un’elevata ecosostenibilità, ottenuta puntando all’autosufficienza energetica attraverso le più moderne tecniche di costruzione e di autoproduzione, contemplando altresì la piantumazione di alberi.

La nuova struttura dovrà configurarsi quale centro innovativo nello studio e nella cura delle malattie altamente contagiose, delle patologie emergenti e riemergenti, nonché di quelle sostenute dai germi multiresistenti.

Dal mese di aprile 2022 sono riprese, inoltre, le attività del Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti (POIT), Dipartimento integrato tra l'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani e l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, deputato principalmente ai trapianti di fegato, rene e pancreas, con l'obiettivo di seguire il percorso del trapiantato dalla fase di indicazione all'intervento, alla sua realizzazione in sala operatoria e in degenza post-operatoria, fino al follow up.

Ulteriori Centri di riferimento regionale attivi presso l'INMI sono i seguenti:

- Centro di riferimento regionale per lo pneumococco (DGR n.4260 del 4.8.1998);
- Centro di riferimento regionale per le Malattie Infettive Rare: morbo di Hansen, malattia di Lyme, malattia di Wipple (DGR n. 20 del 7.1.2005);
- Centro di riferimento regionale per la diagnostica molecolare avanzata (DGR 774/2005);
- Centro di riferimento regionale per le infezioni nei trapianti e centralizzazione di tutti gli esami per lo screening infettivologico dei donatori d'organo della Regione (DGR 159 del 13.3.2007 e circolare n. 43728 del 14.4.2017);
- Centro di riferimento regionale per la pandemia influenzale (DGR U0100 del 30.12.2009 "Misure straordinarie pandemia influenzale da virus A (H1N1), circolare ASP-Lazio Sanità n.3782);
- Centro di riferimento regionale per le forme gravi e complicate di influenza stagionale (Ministero salute: Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2011-2012; Regione Lazio Circolare Prot. n. 2018/DG del 13/02/2013, Nota Prot. n. 90238 del 13/02/2014, Nota Prot.n.27511 del 19/01/2015);
- Centro di riferimento regionale per le emergenze biologiche (CRiREB). Diagnostica speciale per patogeni emergenti ad alto impatto sociale (DCA n.58 del 12/07/2010);
- Laboratorio di riferimento regionale per il sistema di sorveglianza relativo al morbillo e rosolia (DCA n. U00181 del 12.5.2015);
- Laboratorio di riferimento regionale per il sistema di sorveglianza relativo a casi umani di malattie trasmesse da vettori (DCA n. U00181 del 12/05/2015);
- Laboratorio di riferimento regionale per il sistema di sorveglianza relativo a Epatite A, comprendente in maniera integrata tutte le epatiti virali a trasmissione oro-fecale, ivi inclusa l'epatite E (DCA n. U00181 del 12.05.2015);

- Laboratorio di riferimento regionale per la prevenzione e controllo della legionellosi (DCA n. U00285 del 23/06/2015);
- Laboratorio di riferimento regionale per le malattie rare (DCA n. U00387 del 6/08/2015).

SEZIONE 1.02 CAPACITÀ ASSISTENZIALE

Così come il biennio 2020-2021, anche l'anno 2022 è stato caratterizzato da un andamento dell'evoluzione epidemiologica della pandemia che ha imposto una continua revisione e rimodulazione dei posti letto di ricovero presso le UU.OO. di Malattie Infettive di tutta la Regione Lazio, e di INMI in particolare.

Analogamente, l'attività ambulatoriale – che nella fase iniziale della pandemia era stata penalizzata in favore di un potenziamento del numero di posti letto di Ricovero Ordinario e di Terapia Intensiva, pur rimanendo invariata l'attività dedicata ai pazienti presi in carico dell'Istituto, è stata gradualmente ripristinata allo status quo ante pandemia.

La prosecuzione dell'attività del Centro Vaccinale anti-Sars-Cov-2 ha dato un enorme contributo, a livello regionale, nel garantire una quanto più capillare vaccinazione della popolazione anziana, fragile, giovane adulta e pediatrica. Anche in questo contesto INMI ha giocato un ruolo da protagonista avendo, al 31.12.2022, effettuato circa 410.000 somministrazioni vaccinali con un Hub vaccinale aperto 7 giorni su 7 e fasce orarie costantemente rimodulate sulla base delle necessità epidemiologiche e della richiesta assistenziale.

Altra attività cruciale su cui l'INMI ha svolto notevoli iniziative riguarda l'utilizzo di anticorpi monoclonali su pazienti positivi al Covid-19, non ricoverati, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e il grado di impegno delle strutture di degenza della rete Regionale.

Se già nel 2021 INMI Spallanzani aveva preso in carico e trattato oltre 500 pazienti, pari al 15% di tutti i pazienti trattati con farmaci monoclonali/antivirali a livello Regionale, nel 2022 l'attività dell'ambulatorio e la conseguente terapia precoce dei pazienti paucisintomatici non ospedalizzati è divenuto uno dei cardini degli interventi di Sanità Pubblica, riducendo la progressione clinica e, quindi, l'ospedalizzazione favorendo, di conseguenza, una precoce restitutio ad integrum.

Nel 2022 il personale INMI ha risposto via e-mail in media a 585 quesiti ogni mese, e ad oggi lo smaltimento delle richieste viene gestito in modo da non generare tempi di attesa superiori a 1-2 giorni.

Sono inoltre stati organizzati circa 800 turni ambulatoriali, con circa 8000 accessi in ambulatorio; di questi, circa la metà sono risultate prime valutazioni. Dopo la prima visita, che comprende una valutazione degli esami di laboratorio, un tampone molecolare in RT-PCR che comprende analisi di sequenza in NGS, e gli esami sierologici per la rilevazione di anticorpi anti-SARS-Cov-2, il paziente viene inserito in un percorso di follow-up clinico e laboratoristico che prevede una visita di controllo a 7 giorni. Alcuni pazienti necessitano di più visite di controllo.

Data la variabilità della curva di incidenza di SARS-COV-2 in Italia e il conseguente cambiamento continuo del numero di richieste di valutazione, l'orario di apertura e la turnazione dei medici dell'ambulatorio sono stati modellati in maniera flessibile per rispondere prontamente, ma efficacemente, alle esigenze epidemiologiche. L'ambulatorio, infatti, svolge la sua attività preminentemente su turnazioni che ne prevedono l'apertura h12 nei giorni feriali, ma nei periodi di minor afflusso o di minor richiesta assistenziale rimodula gli orari riducendo l'attività nelle fasce orarie antimeridiane.

INMI ha mantenuto il suo ruolo di Hub regionale per il contrasto della pandemia COVID-19 anche nel 2022 riconfermandosi centro nevralgico della rete delle Malattie infettive.

Le azioni implementate durante il 2022 sono state le seguenti:

1. Concentrazione e progettazione
 - Gestione dei pazienti affetti da COVID-19 presso l'INMI Spallanzani e, in base alla evoluzione epidemiologica, coordinamento dell'isolamento dei casi attraverso la rete.
 - Attività di teleconsulto dell'INMI Spallanzani a tutti i PS / DEA della Regione Lazio
 - Supporto ai PS/DEA per la valutazione e gestione dei sospetti attraverso teleconsulto con INMI Spallanzani e definizione delle procedure di trasporto

- Indicazioni e supporto ai MMG/PLS e medici della continuità assistenziale per la valutazione e gestione dei sospetti attraverso teleconsulto con INMI Spallanzani e strutturazione delle procedure di trasporto

- Coordinamento con ARES 118 per valutazione e trasporto casi presso INMI Spallanzani

- Indicazioni e supporto alla diagnostica per le strutture sanitarie regionale.

2. Modulazione capacità assistenziale

- INMI Spallanzani ha gestito e coordinato la Rete regionale di Malattie Infettive restando il COVID Hospital regionale di riferimento nelle fasi di remissione epidemiologica - quando gli altri Nosocomi riconvertivano i loro posti letto alle attività specialistiche dedicate - ed implementando il numero complessivo di posti letto quando la pressione sui PS/DEA imponeva un aumento significativo di posti letto trasferendo - se necessario - pazienti non COVID-19 INMI Spallanzani presso altre strutture

3. Incremento ulteriore capacità assistenziale

- Coordinamento degli interventi finalizzati alla gestione di pazienti COVID con patologia a bassa intensità di cura isolati nelle strutture alberghiere ed assistenza degli stessi – per il tramite delle USCAR – finalizzata sia all’inquadramento clinico sia alla valutazione della candidabilità dei pazienti a ricevere terapia precoce con farmaci monoclonali, nonché alla somministrazione domiciliare degli stessi.

4. Rimodulazione Rete Assistenziale

- Allestimento ambulatori Follow Up per i pazienti COVID-19 dimessi
- Ambulatorio post-COVID per pazienti provenienti da altre strutture ospedaliere
- Ambulatorio monoclonali
- Riapertura delle consuete attività assistenziali proprie dell’Istituto

5. Centro Vaccinale

- HUB vaccinale INMI Spallanzani dedicato alla vaccinazione della popolazione fragile e della popolazione in generale, parallelamente alle disposizioni regionali, alle classi di fragilità e di età via via aventi diritto

- HUB vaccinale per le donne in gravidanza o in desiderio di gravidanza, con counseling dedicato effettuato da specialisti in materia per un supporto concreto alle donne incinta o desiderose di diventare mamme

- HUB vaccinale pediatrico per la popolazione vaccinabile della fascia 6-12 anni
- Coordinamento e gestione – per il tramite delle Usar – delle vaccinazioni domiciliari dell’intera Regione Lazio.

Non da ultimo, il 23 luglio 2022 l'OMS ha dichiarato il vaiolo delle scimmie "Emergenza di salute pubblica di interesse internazionale" (PHEIC - Public Emergency of International Concern). Anche in questo caso, INMI Spallanzani ha giocato il ruolo di protagonista regionale nella lotta al contrasto di questa malattia e nella relativa indispensabile campagna vaccinale per la protezione dei soggetti a rischio.

Ad oggi (dati aggiornati al 30 dicembre 2022) sono stati notificati 82.809 casi di MPOX a livello globale, di cui 81.836 in paesi al di fuori dell’Africa centrale e occidentale, in cui la malattia non era stata segnalata a livello locale. In Italia, sempre al 30 dicembre 2022, i casi confermati sono 932 (Fonte: Ministero della Salute).

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

Al 10 dicembre 2022, presso l’INMI sono stati osservati e seguiti un totale di 269 casi sospetti di MPOX pari all’81% del totale di 333 casi sospetti osservati in Regione Lazio. l’INMI ha notificato 131 casi di MPOX confermati (con diagnosi mediante test RT-PCR), pari all’83% del totale di 157 casi notificati nella Regione Lazio.

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

L'ambulatorio MPOX è stato configurato, viste le caratteristiche emergenziali della prima fase dell'epidemia, come servizio 24/24 nei mesi di maggio-luglio 2022, concordemente all'andamento epidemiologico, andandosi poi a ridurre dal mese di agosto ad ambulatorio diurno, ma mantenendo, in caso di necessità, la possibilità di effettuare una prima valutazione infettivologica dei casi sospetti anche al di fuori dei normali orari di apertura dell'ambulatorio stesso.

Nel periodo 23 maggio - 30 novembre 2022, l'Ambulatorio MPOX ha effettuato 293 turni ambulatoriali, per un totale di 691 accessi, comprensivi di prime visite e visite di follow-up; nello stesso periodo, 51 casi di MPOX confermati sono stati ricoverati presso i Reparti di degenza delle UOC Immunodeficienze Virali e MIAIC.

L'INMI Lazzaro Spallanzani è stato individuato dalla Regione Lazio come unico Centro Vaccinale per la Campagna Vaccinale MPOX. La campagna vaccinale, iniziata il giorno 8 agosto 2022, è tuttora in corso.

Al giorno 9 dicembre sono stati vaccinati presso il Centro vaccinale MPOX dell'INMI, 3.260 persone ad alto rischio di MPOX, in base alla definizione di popolazione target della vaccinazione riportata nella Circolare del Ministero della Salute n. 35365 del 5 agosto 2022. La stima del coverage vaccinale rispetto alla popolazione target stimata a livello regionale è pari al 43% del target.

Dotazione Posti letto

Fino al 2019 l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", pur godendo del rispetto regionale (Hub della Rete regionale delle Malattie Infettive), nazionale ed internazionale, aveva una dotazione di posti letto ordinari di n. 164 e di posti letto di Terapia Intensiva pari a n. 12.

A seguito della diffusione dell'epidemia da nuovo RNA betacoronavirus2, denominato SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), l'Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS) il 30 gennaio 2020 ha dichiarato il COVID-19 (ossia Corona Virus Disease, la patologia derivante dalla infezione) come emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. L'11 marzo 2020, data la diffusione planetaria dell'infezione, l'OMS ha proclamato lo stato di Pandemia. La strategia posta in essere dal Servizio Sanitario della Regione Lazio ha visto il diretto coinvolgimento dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani come centro di riferimento.

La gestione dell'emergenza ha coinvolto direttamente l'IRCCS INMI Spallanzani, quale centro nevralgico della rete delle Malattie infettive, trasformando la struttura in COVID-19 HOSPITAL.

L'Istituto ha dimostrato di saper prontamente rispondere a quanto richiesto dal Paese e dalla Regione, impiantando un asset organizzativo efficiente, dinamico e flessibile.

Il monitoraggio continuo dei dati relativi all'ospedalizzazione, diffusi quotidianamente attraverso il bollettino giornaliero, ha consentito di verificare all'interno l'efficacia delle azioni poste in essere e di modularle in base all'andamento epidemiologico della pandemia.

Dal 13 marzo 2020 l'Istituto ha adattato progressivamente la propria capacità recettiva passando da n. 164 a n. 240 posti letto di degenza ordinaria e da n.12 a n. 55 posti letto di rianimazione.

Da allora fino ad oggi, INMI ha sempre puntualmente ed efficacemente risposto a quanto richiesto periodicamente da Regione Lazio mediante il documento "Azioni di fase IX emergenza COVID-19", nel quale la dotazione dei posti letto di INMI Spallanzani è stata costantemente rimodulata e adattata al contesto epidemiologico, variando da una dotazione minima di n. 180 posti letto in regime di ricovero ordinario e n. 25 posti letto di Terapia Intensiva nei periodi di bassa prevalenza dei casi, ad un massimo di n. 235 posti letto in ricovero ordinario e n. 55 posti letto di Terapia intensiva nei periodi di picco epidemico. Una ulteriore dotazione "in urgenza", prevista al verificarsi di uno scenario definito da Regione Lazio come "scenario 5", ha richiesto che l'INMI si dotasse di n. 91 posti letto totali di Terapia intensiva.

I posti letto autorizzati di Hospice (n. 8 posti letto residenziali) sono restati chiusi per l'intero biennio 2021-2022, essendo INMI rimasto completamente dedicato alla gestione delle patologie COVID-relate.

Le modifiche di posti letto sono state così dettagliate:

- Il 01 gennaio 2021 l'INMI ha iniziato con 240 PL Ordinari e 55 di Rianimazione

- Il 24 marzo 2021 il centralizzato 2 passa da 32 a 16 PL per un totale di 224 PL Ordinari e 55 Rianimazione
- Il 18 maggio 2021 i Posti letto di rianimazione si riducono ad un totale di 43 letti.
- Il 26 maggio 2021 chiude il centralizzato 2 per un totale di 208 PL Ordinari (compresi 2 letti di DH convertiti a ricovero ordinario) e 43 di rianimazione
- Il 01 giugno 2021 sono stati chiusi 18 letti di rianimazione, passando ad un totale di 25 letti.
- Il 01 luglio 2021 il Centralizzato 1 passa da 32 a 14 PL e il MIAR da 48 a 38 PL per un totale di 180 letti ordinari, e apre la rianimazione 4 con 18 letti per un totale di 43 letti.
- Il 07 agosto 2021 vengono incrementati ulteriori 7 PL di rianimazione per un totale di 50 PL di Rianimazione
- Il 10 agosto 2021 il Centralizzato 1 passa da 14 a 22 letti ordinari per un totale di 188 PL Ordinari
- Il 26 agosto 2021 la rianimazione passa a 54 PL
- Il 02 dicembre 2021 il Centralizzato 1 passa da 22 a 32 PL per un totale di 198 PL Ordinari;
- Se il numero di posti letto ordinari si è mantenuto stabile nel 2022 (198 posti letto), la dotazione di posti letto di Terapia Intensiva è stata progressivamente rimodulata, ed in particolare:
 - Dal 01/01/2022 al 07/01/2022 PL 36
 - Dal 08/01/2022 al 12/01/2022 PL 40
 - Dal 13/01/2022 al 27/02/2022 PL 45
 - Dal 28/02/2022 al 16/03/2022 PL 36
 - Dal 17/03/2022 al 10/04/2022 PL 41
 - Dal 11/04/2022 al 30/11/2022 PL 25

Attività di ricovero

Nel quadro delle iniziative volte al miglioramento dei livelli di appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, i Direttori dell'Unità Operative di ricovero continuano a porre in essere tutte le iniziative per ridurre i ricoveri a rischio di inappropriatelyzza. L'attività di

costante monitoraggio sulle prestazioni erogate è continuata anche nell'anno 2022 da parte del SIO (Sistema Informativo Ospedaliero): i ricoveri a ciclo continuo, inclusa l'area critica, ha fatto registrare un peso medio DRG pari a 1.96 (2,06 nel 2021, 1,83 nel 2020).

La degenza media, pari a 19,23 gg, (19,55 nel 2021, 16,2 nel 2020), continua a risentire di limitazioni riconducibili a fattori epidemiologici e sociali:

a) l'alto indice di complessità, espresso sia dal peso medio DRG che dall'indice di case-mix (ICM);

b) l'elevata percentuale di pazienti ricoverati in regime di isolamento respiratorio per i quali l'INMI è dotato di camere di degenza singole a pressione negativa, ulteriormente potenziate dal 2013 alla luce delle raccomandazioni e principi di massima cautela di cui al DCA n. U00283 del 27.06.2013;

c) le problematiche sociali dei pazienti,

La lettura congiunta di due importanti indicatori, ICP (Indice Comparativo di Performance - costruito con la degenza media dell'INMI standardizzata per case-mix rapportato alla degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione) e ICM (Indice di Case-Mix costruito con il peso medio dei ricoveri dell'INMI rapportato al peso medio dei ricoveri nella casistica standard), fornisce ulteriori indicazioni per la valutazione dell'efficienza operativa e della complessità della casistica.

L'ICM rafforza la complessità della casistica: da un valore di 1,45 dell'anno 2019 è passato ad un valore di 1,48 nell'anno 2020, 1,67 nell'anno 2021 e di 1,59 nell'anno 2022, con una percentuale di casi complicati trattati pari all'91.39 (87,4% nel 2021 76,18% nel 2020 78,1% nell'anno 2019).

L'ICP attesta l'efficienza operativa dell'anno 2022 facendo registrare un valore pari a 1,31 (1,26 nel 2021, 1,15 nell'anno 2020, 1,19 nell'anno 2019).

Rispetto all'anno 2021, l'attività di ospedalizzazione diurna ha fatto registrare nell'anno 2022 un incremento della casistica trattata pari a 18 cicli di day hospital (177 nell'anno 2022, 159 nell'anno 2021, 136 nell'anno 2020) a conferma dell'impegno dell'Istituto a limitare allo stretto necessario l'accesso in ospedale di utenti esterni.

Continua l'attività nelle 24 ore di teleconsulto mediante utilizzo della piattaforma Advice da parte di uno specialista infettivologo dell'INMI per le necessità delle altre Strutture laziali nell'ambito della Rete Regionale delle Malattie Infettive.

L'Istituto HUB si trova ad operare in un contesto regionale, interregionale e nazionale per la peculiarità della mission che deve perseguire, rapportandosi alle linee del Ministero della Salute ed integrandosi con le altre aziende sanitarie del Lazio per la funzione di bed manager unico regionale per le malattie infettive.

Ad evidenza della domanda cui l'Istituto si trova a far fronte, si riportano, di seguito, i dati relativi ai ricoveri ordinari dell'anno 2022, raggruppati per patologie trattate, sesso, età e nazionalità. Età media per MDC - ricoveri ordinari 2022			
MDC	Descrizione MDC	Quantità	Età media
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	39	52
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	3	73
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	2166	66
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	27	65
06	Malattie e disturbi apparato digerente	37	56
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	138	56
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	20	51
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	5	67
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	4	76
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	25	59
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	2	44
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	1	61
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	4	51
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	2	79
18	Malattie infettive e parassitarie	330	53
25	Infezioni da HIV	192	48
NA	Non attribuibile	10	67
PR	Pre MDC	90	66

ETA' MEDIA PER MDC e sesso - ricoveri ordinari 2022				
MDC	DESCRIZIONE MDC	Sesso	Quantità	Età Media
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	uomini	24	47
		donne	15	59
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	uomini	3	73
		donne	0	0
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	uomini	1295	65
		donne	871	69
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	uomini	22	64
		donne	5	69

06	Malattie e disturbi apparato digerente	uomini	14	55
		donne	23	57
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	uomini	101	56
		donne	37	54
08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	uomini	13	48
		donne	7	56
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	uomini	2	46
		donne	3	81
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	uomini	4	76
		donne	0	0
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	uomini	12	69
		donne	13	49
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	uomini	2	44
		donne	0	0
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	uomini	0	0
		donne	1	61
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	uomini	3	52
		donne	1	49
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	uomini	2	79
		donne	0	0
18	Malattie infettive e parassitarie	uomini	194	50
		donne	136	57
25	Infezioni da HIV	uomini	138	48
		donne	54	48
NA	Non attribuibile	uomini	9	64
		donne	1	91
PR	Pre MDC	uomini	57	65
		donne	33	67

MDC per nazionalità - ricoveri ordinari 2022			
MDC	DESCRIZIONE MDC	Cittadinanza	Quantità
01	Malattie e disturbi sistema nervoso	Italia	33
		Paesi Esteri	6
03	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	Italia	3
		Paesi Esteri	0
04	Malattie e disturbi apparato respiratorio	Italia	1793
		Paesi Esteri	373
05	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	Italia	25
		Paesi Esteri	2
06	Malattie e disturbi apparato digerente	Italia	31
		Paesi Esteri	6
07	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	Italia	122
		Paesi Esteri	16

08	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	Italia	15
		Paesi Esteri	5
09	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	Italia	4
		Paesi Esteri	1
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	Italia	4
		Paesi Esteri	0
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	Italia	22
		Paesi Esteri	3
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	Italia	2
		Paesi Esteri	0
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	Italia	1
		Paesi Esteri	0
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	Italia	3
		Paesi Esteri	1
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	Italia	2
		Paesi Esteri	0
18	Malattie infettive e parassitarie	Italia	258
		Paesi Esteri	72
25	Infezioni da HIV	Italia	125
		Paesi Esteri	67
NA	Non attribuibile	Italia	9
		Paesi Esteri	1
PR	Pre MDC	Italia	81
		Paesi Esteri	9

Prestazioni Ambulatoriali e Day Hospital

Nel triennio 2020 - 2022 l'Istituto ha svolto attività di assistenza correlate prevalentemente alle degenze per acuti. Nonostante questo e compatibilmente con la mission esplicita dell'assistenza in regime di ricovero per pazienti COVID-19, l'Istituto ha continuato ad erogare la giusta e puntuale assistenza ai pazienti ambulatoriali cronici in carico all'Istituto, garantendo le prestazioni ambulatoriali erogate dagli ambulatori dedicati alle Malattie Infettive a decorso cronico ed in particolare per Immunodeficienze virali (HIV), Tubercolosi ed Epatopatie.

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

Dopo la netta riduzione dei nuovi pazienti presi in carico nel biennio 2020-2021, dovuta all'emergenza pandemica e ad una complessiva riduzione dell'accesso alle cure di tutta la popolazione, il numero di nuovi pazienti cronici che entra nel percorso di cure APC è in crescita e ammonta nel 2022 a 1.237 pazienti, il 16,7% in più rispetto ai nuovi pazienti del 2021.

AMBULATORI PRESA IN CARICO				
ANNO	2022	2021	2020	2019
ATTIVI INIZIO ANNO	17.546	16.490	15.436	13.674
NUOVE APERTURE	1.237	1.060	1.060	1.760

Dopo la chiusura delle attività ambulatoriali, avvenuta nel 2020 e nel 2021 a causa della pandemia, che ha costretto l'Istituto a concentrare le forze sull'assistenza ai pazienti ricoverati, le stesse sono ora in ripresa. È da sottolineare che a queste attività ambulatoriali "classiche", attive già nel 2019, si sono aggiunti nell'ultimo triennio anche nuovi percorsi di cura, dedicati alla gestione delle condizioni correlate al COVID-19, quali l'Ambulatorio Monoclonali e Antivirali, ambulatorio ospedaliero per pazienti acuti con COVID-19 paucisintomatici, non ospedalizzati, ad alto rischio di progressione clinica (fragilità multiple), e – non ultimo – l'ambulatorio "Long COVID", nato per monitorare nel tempo ed assistere i pazienti affetti da reliquati a distanza dell'infezione da Sars-Cov-2.

Nell'insieme, dunque, l'attività ambulatoriale dell'INMI è tornata nel 2022 a livelli che si avvicinano molto a quelli del pre-pandemia.

AMBULATORI	2022		2021		2020		2019	
	VISITA	PREST.	VISITA	PREST.	VISITA	PREST.	VISITA	PREST.
UOC MAL. INF. EPATOLOGIA	3382	0	1.410	0	2.008	0	5.561	0
UOC INF. SISTEMICHE IMMUNODEPRESSO	858	0	590	0	756	0	2.011	0
UOC IMMUNOIDEFICIENZE VIRALI	10.713	0	11.079	0	7.245	0	14.130	0
UOC MAL. INF. AD ALTA INTENSITA' DI CURA	617	0	334	0	249	45	1.159	2.782
UOC MAL. INF. DELL'APPARATO RESPIR.	2.095	3.987	2.000	2.745	2.525	1.304	8.078	1.992

SERVIZIO DI PSICOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>0</i>	<i>1.684</i>	0	2.135	0	1.869	0	1.784
CENTRO PREVENZIONE CURA INF. IN GRAV.	<i>2.142</i>	<i>0</i>	1.588	0	1.417	0	2.243	0
SERV. CARDIOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>1.032</i>	<i>1.776</i>	834	1.123	325	507	885	1.365
SERV. DI EMATOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>794</i>	<i>0</i>	580	0	447	0	2.108	0
SERV. DI DERMATOLOGIA	<i>513</i>	<i>49</i>	582	329	1.205	583	1.200	-
SERV. DI DIETOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>0</i>	<i>213</i>	0	65	0	5	-	424
SERV. DI OCULISTICA NELLE MAL. INF.	<i>194</i>	<i>4</i>	139	1	47	1	60	-
SERV. DI FISIOTERAPIA	<i>0</i>	<i>2.121</i>	0	50	0	1.194	0	604
TOTALE	22.340	9.834	19.136	6.448	16.224	5.508	37.435	8.951

AMBULATORIO MONOCLONALI E ANTIVIRALI	2022	2021	TOTALE
PAZIENTI ACUTI CONTAGIOSI TRATTATI	3.084	954	4038

AMBULATORI LONG COVID	2022	2021	2020	2019
AMBULATORIO POST-COVID MIAR - VISITE PNEUMONOLOGICHE	1.252	883	106	-
AMBULATORIO POST-COVID MIAR - VISITE INFETTIVOLOGICHE	1.044	795	295	-
AMBULATORIO POST-COVID INF. SISTEMICHE IMMUNODEPRESSO	783	1030	317	-
AMBULATORIO POST-COVID IMMUNODEFICIENZE VIRALI	827	929	233	-
AMBULATORIO POST-COVID MAL. INF. ALTA INTENSITA' DI CURA	910	805	280	-
AMBULATORIO POST-COVID EPATOLOGIA	687	772	184	-
AMBULATORIO POST-COVID DIPARTIMENTALE	72	38	12	-
TOTALE	5575	5252	1427	-

Anche l'assistenza fornita in regime di Day Hospital, nonostante l'evidente contrazione subita dall'inizio della pandemia (-26,9% di pazienti assistiti nel 2020 rispetto all'anno 2019), è ora in ripresa, con un numero di assistiti che si avvicina a quello del 2019.

DAY HOSPITAL				
ANNO	Casi DH	Accessi totali	Presenza media	Accessi medi per DH
2019	186	746	2,95	4,0
2020	136	755	2,49	5,6
2021	159	1039	3,42	6,5
2022	177	914	3,02	5,2

Attività Scientifica

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

Tale attività si concretizza in cinque principali tipologie:

- *Ricerca Corrente*
- *Ricerca Finalizzata*
- *Programmi di rete e Progetti di rete*
- *Progetti Europei e Relazioni Internazionali*
- *Ricerca su SARS-CoV-2/COVID-19*

Ricerca Corrente

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

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

Le Linee di ricerca attive nel 2022 sono state:

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

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

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

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

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

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

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

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

inclusa la multiresistente. Il quinto valuta l'impatto di COVID-19 sulla TB in ambito clinico ed immunologico.

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

Nel corso del 2022 l'attività di ricerca svolta e di imminente rendicontazione, nell'ambito delle 4 Linee di Ricerca Corrente, ha portato alla pubblicazione, al 31/12/2022, di 186 articoli scientifici su riviste internazionali con un Impact Factor Normalizzato di circa 1360 punti, calcolato secondo i criteri fissati dalla Commissione nazionale per la ricerca sanitaria per gli IRCCS, e con un coinvolgimento di oltre 150 ricercatori interni all'Istituto di cui 94 con almeno 4 lavori pubblicati nel periodo preso in esame.

Nella tabella di seguito viene illustrato l'andamento della Produzione Scientifica istituzionale nell'ultimo triennio.

ANNO	2020	2021	2022
N. Pubblicazioni su riviste indicizzate	188	195	186
Impact Factor Grezzo	1.164,05	1.314,18	1.934,50
Impact Factor Normalizzato	895,49	1.033,09	1.360,05

Come si può notare, a fronte di un numero di articoli scientifici sostanzialmente stabile, si osserva una crescita di valori di IFN rispetto all'anno precedente del 15% nel 2021 e del 31% nel 2022. Questi dati, al netto dell'aumento dei valori di Impact Factor Grezzo che ha interessato i periodici scientifici in generale e, in particolare, quelli di ambito infettivologico, mostra un importante aumento della qualità della produzione scientifica dell'Istituto.

Questo dato è confermato dalla distribuzione degli articoli per quartili di impact factor della rivista di pubblicazione, riportati nella tabella che segue. Come si può vedere, la percentuale di articoli pubblicati nelle riviste scientifiche di maggior impatto (1° quartile) è cresciuta nel triennio dal 56% al 61% al 77%.

ANNO	2020	2021	2022
	n. articoli(%)	n. articoli(%)	n. articoli(%)
1° quartile	106 (56,4%)	119 (61,0%)	144 (77,4%)
2° quartile	55 (29,3%)	57 (29,2%)	28 (15,1%)
3° quartile	21 (11,2%)	11 (5,6%)	8 (4,3%)
4° quartile	6 (3,2%)	7 (4,1%)	6 (3,2%)
TOTALE	188	195	186

Infine, 11 ricercatori dell'Istituto sono stati inclusi nella lista dei "Top Italian Scientists" che comprende gli studiosi le cui ricerche sono maggiormente citate nella letteratura scientifica (indice H superiore a 30).

Ricerca Finalizzata

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

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

I progetti di ricerca sono presentati da operatori del SSN, hanno durata triennale, e sono caratterizzati da un esplicito orientamento applicativo e dall'ambizione di fornire le informazioni utili ad indirizzare le scelte degli operatori del SSN medesimo, dei pazienti e dei cittadini. Questa impostazione, se da una parte esclude dall'attenzione di questo bando progetti di ricerca di base, dall'altra lascia invece spazio ad iniziative progettuali di ricerca biomedica innovativa, che prevedano una fase di ricerca pre-clinica, una fase di studi di applicazione di quanto prodotto, una fase di verifica/validazione sul paziente di quanto identificato nella parte preclinica.

Infatti i progetti sono connotati dalle seguenti finalità:

- sviluppare procedure innovative e nuove conoscenze utili al miglioramento delle opportunità di prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione anche attraverso

studi e sperimentazioni di carattere clinico (progetti finalizzati all'acquisizione di nuove conoscenze – “theory- enhancing” – biomedici);

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

Nel triennio considerato sono stati finanziati dal Ministero della Salute 10 progetti di Ricerca Finalizzata presentati da ricercatori dell'Istituto.

Programmi e Progetti di Rete

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

I programmi di rete (NET) hanno lo scopo di creare gruppi di ricerca e innovazione (partenariati) per lo sviluppo di studi altamente innovativi e caratterizzati dall'elevato impatto sul

SSN. Tali programmi sono finalizzati a soddisfare le esigenze di programmazione regionale e di sviluppo dei servizi per il miglioramento dell'assistenza e delle cure offerte, e sono cofinanziati dal Ministero della Salute e dalla Regione. I programmi sono svolti da consorzi di ricerca articolati in non meno di tre e non più di otto work packages e hanno come capofila un ente del SSN, che svolge le funzioni di coordinamento. L'Istituto partecipa a iniziative di rete attraverso progetti quali NET 2018, RIN 2020, 2021 e 2022.

Progetti Europei e Relazioni Internazionali

L'Istituto partecipa a programmi di ricerca europei sulle infezioni emergenti, sulla tubercolosi, sulle diagnosi di microorganismi inusuali ed emergenti, sulla gestione delle strutture di isolamento, ed è coinvolto in numerosi progetti di ricerca e reti di eccellenza dell'Unione Europea. L'Istituto partecipa a: studi clinici internazionali, anche con responsabilità di coordinamento a livello nazionale, in particolare sulla terapia dell'infezione da HIV; a programmi di potenziamento dei servizi sanitari e di ricerca biomedica in paesi in via di sviluppo (in particolare con paesi africani, per esempio progetto PANDORA).

Nel triennio 2020 – 2022 risultano attivi n.14 progetti tra quelli finanziati da programmi di Horizon 2020, Horizon Europe, IMI-2, Joint Action, JPI, terzo programma quadro ed EDCTP.

Ricerca su Sars-Cov-2/Covid-19

L'INMI è stato uno dei primi in Europa ad aver isolato e sequenziato il virus SARS-CoV-2 e ad aver reso immediatamente disponibili le sequenze del genoma virale depositandolo nelle banche dati pubbliche e rendendolo disponibile per attività di ricerca. La rilevanza internazionale del nostro Istituto e il suo ruolo strategico nelle capacità di risposta all'emergenza pandemica in corso è stata evidenziata anche dalla partecipazione di successo a progetti europei in occasione dei bandi specifici dedicati al contrasto al Covid-19 (partecipando a 4 progetti di ricerca, due vinti in occasione della prima call SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020 del 12 febbraio 2020, e due finanziati nell'ambito della call IMI2-2020-21-01 del 31 Marzo 2020) come indicato nella Tabella sottostante.

Acronimo progetto	Titolo	Codice identificativo
DECISION	A miniaturized disposable molecular diagnostics platform for combatting coronavirus infections	101005111
KRONO	Evaluation of a production ready portable, Point-of-Need Platform	101005075

	(instrument and reagents), direct from nasal swab test for the molecular diagnostic detection of COVID-19 infection.	
EXSCALATE4CoV	EXaSCale smArt pLatform Against paThogEns for Corona Virus	101003551
CoNVat	Combating 2019-nCoV: Advanced Nanobiosensing platforms for POC global diagnostics and surveillance	101003544

Rispetto all'emergenza dell'epidemia COVID-19, si segnala, in particolare, che il Ministero della Salute ha promosso un bando speciale per l'assegnazione fondi - fino a 1 milione di euro per ciascun progetto - in cinque aree di indagine, sia sul piano diagnostico, sia per il monitoraggio nel tempo della malattia e dei fattori di incidenza e mortalità soprattutto nella popolazione più anziana. In questo ambito, INMI è risultato vincitore di due progetti di ricerca in qualità di capofila, e partecipa a un terzo progetto come unità operativa (si consulti la Tabella sottostante).

Codice progetto	Titolo
COVID-2020-12371675	COVID19: epidemiological, clinical, genetic, and social determinants of infection and disease progression
COVID-2020-12371817	Exploiting immunopathogenic mechanisms for establishing predictive markers, diagnostic tools and medical countermeasures in COVID-19
COVID-2020-12371735 (solo UO)	The double-edged role of innate immunity in SARS-CoV-2 infection: Dissecting new potential

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 .

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 2023-2025 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 2023-2025 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	Definizione di una modalità operativa - in collaborazione con la UOC Immunodeficienze Virali - che consenta la corretta gestione del paziente HIV-positivo nel suo percorso clinico-assistenziale
	Realizzare un prontuario aziendale dei disinfettanti finalizzato a rendere più razionale e sicuro l'impiego delle sostanze disinfettanti/antisettiche
	Corretto utilizzo del software consulenze per i pazienti ricoverati
	Promozione campagna di vaccinazione per HBV nel carcere di Regina Coeli
	Mantenimento di adeguati livelli di monitoraggio dell'infezione da HCV nelle carceri e trattamento dei positivi
Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel PIAO 2023 -2025 nell'apposita sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza.
	Verifica e puntuale aggiornamento del personale dirigente sanitario afferente alla UU.OO
	Incrementare le attività ambulatoriali di presa in carico dei soggetti ad alto rischio HIV e IST.
	Supporto microbiologico al sistema di sorveglianza regionale per il monitoraggio della diffusione di infezioni da Enterobacterales resistenti ai carbapenemi (CRE), inclusi i ceppi resistenti al Cefotazidime/avibactam, ceppi ipervirulenti di Klebsiella pneumoniae (HVKP), e infezioni ospedaliere da Gram-negativi MDR
	Implementazione di nuovi test diagnostici per la ricerca/quantificazione/tipizzazione di agenti virali
	Organizzazione progettuale e di funzionamento della "core facility" di sequenziamento
	Monitoraggio, controllo e sorveglianza delle prestazioni diagnostiche e di ricerca svolte all'interno dei Laboratori di Biosicurezza
	Supporto virologico al sistema di sorveglianza regionale per il monitoraggio della diffusione di nuove varianti di SARS-CoV-2
	Ricognizione dei CIG aperti al 01.01.2023 e inserimento nell'applicativo AREAS ai fini della gestione su applicativo informatico di tutte le informazioni pertinenti.
	Supporto e coordinamento ai RUP e DEC degli appalti di servizio
Tenuta e aggiornamento dell'elenco dei nominativi dei dipendenti designati ai ruoli di RUP e DEC e degli eventuali assistenti e di supporto agli stessi, degli affidamenti in essere e delle aggiudicazioni e recepimenti gestiti dalla propria U.O.	

Relazionare sulla quadratura tra Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature
<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:</p> <p>- 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>
Provvedere al recupero crediti vantati nei confronti di soggetti privati e di Enti Pubblici extra Regionali
Miglioramento qualitativo dei dati contenuti nel flusso txt del costo del personale ai fini della corretta attribuzione dei costi ai fattori produttivi in fase di caricamento delle prime note gestionali, da effettuarsi attraverso la costante manutenzione delle anagrafiche dei dipendenti (corretta attribuzione cdc, qualifiche professionali).
Realizzazione opere edili, impiantistica, interventi di manutenzione straordinaria inerenti i progetti autorizzati, deliberati e finanziati con liberalità
Realizzazione opere efficientamento impianti appalto multiservizi regionale
Miglioramento del servizio di Help Desk e di assistenza infrastruttura ICT.
Piano triennale della formazione da inserire nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
Predisposizione regolamento per l'utilizzo temporaneo e/o occasionale delle aule didattiche Centro Multimediale e Centro Congressi dell'Istituto
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
Relazionare sulla quadratura tra Co.Ge. e Co.An. fornendo le spiegazioni di eventuali squadrature
Trasmissione del file Excel relativo ai dati materasseria antidecubito e divise per alimentare Drivers per Ribaltamento costi per interni e per esterni a paz ricoverati.
Evento Congressuale di "Assistenza infermieristica delle malattie infettive. Evidenze e Innovazioni"
Incremento dei volumi delle prestazioni specialistiche pneumologiche ambulatoriali 2023 per i pazienti con Long COVID respiratorio

	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
	Introdurre un registro delle convenzioni a decorrere dall'anno 2023 e provvedere all'archiviazione informatica delle convenzioni firmate
Obiettivi di equilibrio economico-finanziario	Ridurre i tempi medi di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e dalle strutture sanitarie al fine di garantire: 1. il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa; 2. un indice di ritardo dei pagamenti pari a 0, coerentemente all'obiettivo del Direttore Generale 1.2 di cui alla Deliberazione Regionale n. 1111 del 30.11.2022. Soglia max liquidazione 27 gg.
	Azzeramento del valore dell'importo delle fatture scadute e non bloccate del Report Regionale inviato dalla UOC Bilancio per CDR
	Relazionare sul risultato economico analizzando gli scostamenti rispetto alle risorse assegnate in sede di approvazione del Bilancio Preventivo Economico e successivamente in sede di concordamento
	Fatturazione entro l'anno solare delle prestazioni da laboratorio effettuate nel 2023 (considerando il mese di gennaio 2024)
	Monitoraggio fondi contrattuali
	Migliorare la qualità del cruscotto direzionale attraverso il corretto inserimento dei dati aziendali e il costante monitoraggio dei dati di alimentazione.
	Analisi fattibilità economica per le convenzioni attive richieste dalla Direzione Strategica
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 ricerca	Pubblicare 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.
	(In relazione agli standards fissati dal Ministero della Salute)
	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
	Definire una procedura per l'utilizzo di dati clinici nell'ambito degli studi osservazionali nel rispetto del GDPR
	Garantire finanziamenti per l'attività di ricerca

	Realizzare studi di validazione di nuovi percorsi diagnostici, applicabili nella attività assistenziale
	Condurre studi sui meccanismi patogenetici ed immunologici verso infezioni di virus emergenti e sulla risposta alla vaccinazione che contribuiscano a delineare i profili di risposta immunitaria.
	Mettere a punto un test di ricerca che valuti in modo routinario la capacità dell'individuo di inibire la replicazione del Bacillo di Calmette et Guerin.
	Valutazione in vitro dei meccanismi anti-SARS-CoV-2 mediati dalla cisteamina tramite analisi proteomica
	Invio mensile report DDD (Dose Definita giornaliera Degli antibiotici) alla DS per Appropriatezza prescrittiva degli antibiotici
Obiettivo di organizzazione	Attivare una unità per le sperimentazioni di fase I non COVID
	Revisione della procedura gestione dei campioni in Banca Biologica (IOG5) finalizzata alla revisione/chiusura dei progetti dormienti ed ai relativi adempimenti previsti dalla normativa vigente
	Attivazione del percorso “fast track” per emocolture con comunicazione dei risultati al reparto (UOC Infezioni Sistemiche Immunodepresso - II Divisione ed Area Intensiva)
	Gestione dello scadenziario degli appalti di lavoro di servizi e forniture, nel rispetto della programmazione acquisti con tenuta dello scadenziario ed allert mensile riepilogativo degli affidamenti in scadenza nei 6 mesi successivi.
	<u>Regolamento interno per gestione del parco macchine</u>
	Fondi PNRR: Assicurare la completa tracciabilità delle operazioni concernenti l'utilizzo delle risorse del PNRR e la tenuta di una apposita codificazione contabile dei flussi informativi collegati all'utilizzo delle relative risorse, secondo le indicazioni fornite dalle Autorità Competenti
	Ricognizione del personale dipendente assegnato alle diverse UU.00 aziendali con cadenza trimestrale. La ricognizione dovrà riportare per ciascun CdC le unità di personale nominative, comprensive del numero di matricola, assegnate con la relativa percentuale di assegnazione suddivise
	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi del PNRR e PNC. Obiettivo DGR 1111/2022
	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali. Obiettivo DGR 1111/2022
	Flusso informativo consumo farmaci. Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità e attendibilità dei dati trasmessi. Ob. DGR 1111 del 30.11.22
	Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica al fine di innalzare il livello di sicurezza globale dell'intera infrastruttura tecnologica.
	Implementazione Sistema di controllo accessi per i locali tecnici e

	Laboratorio
	Adempimenti PAC - Adempimento di cui alla Deliberazione aziendale n. 805 del 28/12/2017.
	Verifica e monitoraggio squadrature costo del personale attraverso quadratura Co.Ge. - Co.An.
	Flusso informativo contratti di dispositivi medici - Obiettivo DGR 1111/2022
	Flusso informativo contratti di dispositivi medici-Percentuale di copertura rispetto al Modello CE
	Realizzare un protocollo e/o percorso diagnostico terapeutico -validato dalla Direzione Strategica- sulla gestione clinica e trattamento delle infezioni delle protesi
	Aggiornare il regolamento per la gestione delle segnalazioni d'illecito - whistleblowing - a seguito dell'introduzione della nuova piattaforma informatica di gestione delle segnalazioni
	Modificare il regolamento relativo alla stipula delle convenzioni attive e passive
Obiettivo di qualità, sicurezza delle cure e valorizzazione del personale	Redazione di una procedura finalizzata alla definizione delle modalità di calcolo dei carichi di lavoro delle UOC afferenti al Dipartimento (in collaborazione con la Direzione Sanitaria)
	Sviluppo di una metodologia, in collaborazione con il Dipartimento Clinico, finalizzata a definire l'impatto delle attività di ricerca proprie degli IRCCS nei carichi di lavoro del personale dirigente coinvolto nei progetti di ricerca stessi
	Piano operativo liste di attesa- adempimenti di cui all'articolo 1, commi 276 e 279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234: erogazione del 75% delle visite specialistiche previste dallo specifico progetto trasmesso - <i>Incremento erogazione prestazioni diagnostica</i>
	Collaborazione con la Regione per la definizione/ridefinizione dei protocolli di sorveglianza delle malattie da infezione
	Organizzare la formazione del personale INMI relativa alla Conduzione di studi sulla validità dei test diagnostici
	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)
	Analisi dati e redazione report sull'andamento delle colonizzazioni/infezioni da germi alert nei pazienti ricoverati presso il nostro Istituto
	Analisi dei dati di prevalenza puntuale sull'uso di antibiotici e sulle ICA nei pazienti ricoverati presso il nostro Istituto
	Caratterizzazione dei principali meccanismi di resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri isolati nei pazienti ricoverati presso l'INMI.
	Appropriatezza diagnostica

Implementare il numero delle prestazioni di interventistica extravascolare presso INMI riducendo il numero di quelli inviati al SCF
Attivazione ed implementazione di nuove procedure di Radiologia Interventistica extra-vascolare per i pazienti ambulatoriali APC INMI
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 30.04.2023)
Promuovere e supportare la parità di genere e la cultura della stessa sul luogo di lavoro/medicina di genere, organizzando fino a due corsi di formazione o convegni ogni anno
Aderenza al Piano Azione Regionale e Locale Igiene delle Mani
Fornire, in collaborazione con la UOC Malattie Infettive Epatologia, al personale infermieristico e OSS le nozioni base in materia di epidemiologia, diagnosi, presentazione clinica e profilassi delle maggiori patologie di origine infettiva, del ruolo degli operatori sanitari nei percorsi clinico-assistenziali diagnostici e delle infezioni correlate alle pratiche cliniche.
Procedura per l'inserimento e la formazione specifica del neo assunto
Procedura "Inserimento e gestione del cateterismo vescicale" con costituzione del gruppo di lavoro
Approvazione e trasmissione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini previsti dalla Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e pubblicazione del documento (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento) sulla home page della struttura.
Sorveglianza delle colonizzazioni/infezioni da germi alert MDR con relazione specifica e segnalazione delle criticità alla Dir San
Trasmissione del Piano di azione locale per l'implementazione del "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" come allegato del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), adottato con Determinazione n. G00643 del 25/01/2022.
Allineamento alle indicazioni del Piano Regionale Prevenzione/PRCAR
Stesura del Piano Annuale PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023 con particolare riguardo alla sezione relativa alle azioni di contrasto all'antimicrobico resistenza
Verifica e puntuale aggiornamento dei carichi di lavoro delle UOC (in collaborazione con la Direzione Sanitaria)
Riorganizzazione percorsi e standardizzazione della gestione del paziente COVID-19 non ospedalizzato.
Aderenza alla procedura relativa alla documentazione clinica

Realizzare un protocollo e/o percorso diagnostico terapeutico -validato dalla Direzione Strategica- sulla gestione clinica e trattamento delle spondilodisciti
Implementare l'attività di collaborazione dell'ambulatorio di Malattie Tropicali e del Viaggiatore con la Sorveglianza Sanitaria per favorire l'aumento della copertura vaccinale del personale dipendente INMI (vaccino antipneumococcico, Epatite B...)
Attuazione di un percorso di riabilitazione respiratoria per i pazienti con malattia polmonare da micobatteri non tubercolari
Realizzare, in collaborazione con la UOC Malattie Infettive Epatologia, un protocollo e/o percorso diagnostico terapeutico sulla gestione clinica e trattamento dell'epatite cronica da HBV e HDV validato dalla Direzione Sanitaria
Fornire, in collaborazione con la Direzione delle Professioni Infermieristiche, al personale infermieristico e OSS le nozioni base in materia di epidemiologia, diagnosi, presentazione clinica e profilassi delle maggiori patologie di origine infettiva, del ruolo degli operatori sanitari nei percorsi clinico-assistenziali diagnostici e delle infezioni correlate alle pratiche cliniche.
Realizzare, in collaborazione con la UOSD Hospice, un protocollo e/o percorso diagnostico terapeutico sulla gestione clinica e trattamento dell'epatite cronica da HBV e HDV validato dalla Direzione Sanitaria
Realizzazione e diffusione di un protocollo -validato dalla Direzione Sanitaria- sulla terapia del dolore per i pazienti ricoverati
Organizzazione e svolgimento di briefing con discussione di casi clinici tra anestesisti e consulenti infettivologi
Corsi di formazione aziendali (compreso BLD-D) per il personale sanitario INMI inerenti argomenti di assistenza al paziente critico
Garantire risposte istologiche per ricoverati e pz in carico (APC)
Garantire tutti i riscontri diagnostici provenienti dalle strutture esterne
Realizzare una procedura, in collaborazione con la Direzione Sanitaria che ne curerà anche la validazione, sulla gestione - anche documentale - della salma dal momento del suo arrivo in morgue al momento della presa in carico da parte dell'impresa funebre

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. 151 del 17.03.2023 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'extrapolazione 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 2023 relativa ad una struttura amministrativa:

Macrostruttura: DIREZIONE AMMINISTRATIVA
 CdR: UOSD Sistemi Informatici e Telecomunicazioni
 Direttore/Resp: Ing. Alfredo Parisi f.f.

Cod Ob	Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2022)	Atteso (100%)	Minimo (0%)
1	Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel PIAO 2023-2025 nell'apposita sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza.	INDICATORE: n. di relazioni inviate al responsabile prevenzione corruzione e trasparenza / N. di relazioni da inviare FONTE: Relazione semestrale, dettagliata, sul rispetto di tutte le azioni necessarie a garantire il verificarsi di fenomeni corruttivi inviata al Resp. della Prevenzione e della Corruzione e al Controllo di Gestione	10%	numero	-	2	1
2	Obiettivi di equilibrio economico-finanziario	Ridurre i tempi medi di liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi e delle strutture sanitarie al fine di garantire: 1. il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalle normative; 2. un indice di ritardo dei pagamenti pari a 0, coerentemente all'obiettivo del Direttore Generale 1.2 di cui alla Deliberazione Regionale n. 1111 del 30.11.2022. Soglia max liquidazione 27 gg.	INDICATORE: Rispetto del tempo medio di liquidazione di 27 gg per le fatture di competenza della struttura FONTE: Area Report Contabilità	20%	%	91%	100%	90%
3	Obiettivi di equilibrio economico-finanziario	Azzerramento del valore dell'importo delle fatture scadute e non bloccate del Report Regionale inviato dalla UOC Bilancio per CDR	INDICATORE: Azzerramento annuale dell'importo totale delle fatture scadute e non bloccate FONTE: Report trimestrale per CDR rilasciato dalla UOC Bilancio	15%	si/no	-	1	0
4	Obiettivo di organizzazione	Flusso informativo consumo farmaci. Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei dati e qualità e attendibilità dei dati trasmessi. Ob. DGR 1111 del 30.11.22	INDICATORE: N. dei Flussi trasmessi nei tempi previsti sul sistema SIGES / N. dei Flussi Totali dovuti (File F e contratti DM). L'indicatore finale per la valutazione della qualità dei dati trasmessi terrà conto anche degli invii consentiti nei tempi prestabiliti per invii tardivi e correzione degli scarti. Fonte: Estrazione SIGES e Relazione trimestrale, completa dei dati presenti su SIGES, in cui si dia evidenza delle criticità non risolte, nell'ultimo invio mensile, e che dovranno essere risolte nelle finestre temporali consentite dalla Regione per l'invio delle correzioni e degli scarti.	10%	%	-	100%	99%
5	Obiettivo di organizzazione	Adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica al fine di innalzare il livello di sicurezza globale dell'intera infrastruttura tecnologica.	INDICATORE: Adozione di un sistema XDR per client/server, che consenta di rilevare più efficacemente le minacce e le attività sospette, considerando un totale di asset informatici da proteggere di 630 client e 30 server. FONTE: relazione annuale a Dir. Sanitaria, Dir. Amministrativa e p.c. al CdG	15%	%	-	95%	90%
6	Obiettivo di organizzazione	Implementazione Sistema di controllo accessi per i locali tecnici e Laboratorio	INDICATORE: Aggiornamento del controllo accessi per laboratori Del Vecchio e Bagivi. Implementazione nuovo sistema per locali tecnici (centro stella) con conseguente adozione di nuovo sistema integrato (VAM). Formazione specifica per i referenti dei laboratori Del Vecchio e Bagivi. FONTE: relazione di avvenuta collaudo a Dir. Amministrativa e p.c. al CdG	10%	si/no	-	1	0
7	Obiettivo di Attività	Tenuta e aggiornamento dell'elenco dei nominativi dei dipendenti designati ai ruoli di RUP e DEC e degli eventuali assistenti e di supporto agli stessi, degli affidamenti in essere e delle aggiudicazioni e recapimenti gestiti dalla propria U.O.	INDICATORE: % di attendibilità dei nominativi contenuti nell'elenco di cui all'obiettivo rispetto e quanto deliberato. L'estrazione del campione dei nominativi da verificare verrà effettuata dal CdG e la documentazione per valutare l'attendibilità dei nominativi verrà fornita dall'U.O. in verifica. FONTE: Trasmissione trimestrale dell'elenco excel aggiornato al DG, al DA e p.c. al CdG.	10%	%	-	100%	99%
8	Obiettivo di attività	Miglioramento del servizio di Help Desk e di assistenza infrastrutture ICT.	INDICATORE: % dei ticket evasi entro le tempistiche previste contrattualmente per tipologia di SLA/ tot. dei ticket aperti nel periodo di riferimento. Per la valutazione dell'obiettivo verrà verificato oltre al raggiungimento del valore soglia anche le eventuali contestazioni formulate dal RUP/DEC. FONTE: Relazione trimestrale del SAL presentato (allegato) dalla Società esecutrice inviata al DG, DA e DS e per conoscenza al CdG.	10%	%	-	98%	90%

PESO TOTALE OBIETTIVI 100%

Roma

Ing. Alfredo Parisi

Il Direttore/Responsabile del CdR f.f.

Dr.ssa Gioia Amadei
 Direttore Amministrativo

Dott. Francesco Vella
 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 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. 151 del 17/03/2023, 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 Plan (GEPs, piani per l'uguaglianza di genere) rappresentano, lo strumento riconosciuto e supportato dalla Commissione Europea per il riequilibrio di genere tra

il personale degli enti di ricerca. Dal 2022 sono considerati requisito di eleggibilità al finanziamento nel Programma Quadro per la ricerca Horizon Europe.

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

Il cronoprogramma delle azioni di migliorative da porre in essere per il triennio 2023 – 20245 individuato con deliberazione n. 151 del 17/03/2023 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.

Agli inizi del 2023, con nota prot. N. 672 del 18.01.2023 è stato ricostruito il gruppo di lavoro per le attività relative all’aggiornamento del GEP per il triennio 2023-2025.

Il GEP dell’INMI in particolare individua quattro macro-aree, sulle quali sviluppare azioni di miglioramento con obiettivi declinati a breve (1 anno) e lungo termine (3 anni), di seguito il dettaglio della programmazione approvata per il prossimo triennio con la deliberazione del Direttore Generale n. 151/2023.

Obiettivo macro	Azione	Misure	Attori /responsabili	periodo			indicatore
				2023	2024	2025	
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 in occasione di elezioni
	A.2. favorire l'equilibrio di genere in occasione della composizione dei membri del Comitato di Dipartimento	individuare criteri elettivi che favoriscano la parità di genere	Direzione Strategica				Verifica attuazione criteri in occasione di elezioni
	A. 3. favorire l'equilibrio di genere nelle Commissioni d'esame e di concorso	monitoraggio nelle nomine delle commissioni di concorso	Risorse umane Direzione amministrativa CUG	X	X	X	bilancio di genere nelle delibere di nomina
	A. 4. favorire l'equilibrio di genere nei rapporti con l'utenza	Migliorare e promuovere l'equilibrio di genere per l'utenza dell'INMI creando nei luoghi loro destinati 1 o 2 bagni no gender	Ufficio tecnico		X		
	A. 5 favorire l'equilibrio di genere nel numero di relatrici / moderatori nei corsi / convegni organizzati da INMI	inserimento di raccomandazioni in occasione della predisposizione del piano formativo / verifica in caso di approvazione del piano	Formazione Responsabili 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 medicina di genere	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 2 promuovere la cultura sull'equilibrio di genere	creazione nel sito istituzionale di una sezione denominata "ricercatrici nella storia delle malattie infettive"	SIA	x	x	x	Inserimento sezione dedicata su sito aziendale www.inmi.it
C. favorire la conciliazione vita- lavoro	C.1 favorire la conciliazione vita-lavoro	favorire la flessibilità oraria per lavoratori con figli minori di 14 anni e disabili	Risorse umane	X	X	X	n. richieste accordate ogni anno / n. richieste ricevute per anno => 50%
	C.2 azioni di migliorative per i dipendenti INMI che utilizzano nido aziendale	Inserire negli accordi futuri migliori condizioni economiche e o maggiore flessibilità oraria	Direzione Strategica	X	X	X	>= 1 azioni migliorative rispetto a precedente accordo
D favorire la parità di genere nell'attività di ricerca	D promuovere strategie di reclutamento negli studi clinici per mantenere, ove	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

scientifica	possibile, un equilibrio di genere	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
		Promuovere progetti di ricerca sulla medicina di genere	responsabili degli studi	X	X	X	verifica report

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 del PNA 2022, approvato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la Deliberazione n. 7 del 17 gennaio 2023.

In ordine alla materia l’Istituto ha acquisito, con la determinazione n. 501 del 21.09.2022, il software “Open Blow”, contestualmente è stato aggiornato il Regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni di illecito – Whistleblowing, a mezzo di un atto deliberativo in corso di approvazione.

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 2023-2025, così come 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 2023 – 2025 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 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 anti corruttive contemplate dal PTPCT 2021-2023, nonché di

determinare quali misure di prevenzione andrebbero implementate per minimizzare concretamente i potenziali rischi corruttivi individuati con la mappatura dei processi.

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.;

- Divieto di cumulo di impieghi e incarichi (D. Lgs. n. 165/2001, art. 53 e s.m.i.).

g. tutti i dipendenti:

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

h. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione: nomina e ruolo.

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

Gli adempimenti a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione sono riportati nella delibera ANAC n. 840 dello 02.10.2018, 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;
- 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 verifica del pericolo corruttivo, isolato attraverso il processo di mappatura del rischio. I referenti *de quo* vengono formati periodicamente nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza.

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

- Nell'ambito del secondo semestre del 2020, un corso di formazione, articolato in n. 6 incontri formativi della durata di 4 ore cadauno (24 ore complessive), erogato dalla scuola di formazione "Legal In Lab";
- Nella seconda metà del 2021, 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;
- nel corso del primo semestre 2022, un corso di aggiornamento in favore dei succitati referenti, erogato da Transparency International Italia e articolato in n. 4 giornate formative;
- infine, si dà conto che è in corso di svolgimento l'annuale corso di aggiornamento dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza, organizzato anche per il 2023 da Transparency International Italia.

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 anticorrittiva 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 viene sottoposto a costante formazione ed aggiornamento nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza, attraverso la partecipazione periodica a corsi di formazione, in modo da garantire un graduale ma continuo miglioramento, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in merito all'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo elaborate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nei propri atti di indirizzo, nelle linee guida e nei provvedimenti.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, nonché dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019 di cui alla Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019, l'assolvimento dei compiti di cui sopra viene inserito come obiettivo strategico per

l'anno 2023 per tutte le unità operative, cliniche e amministrative, In particolare, i referenti dovranno:

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

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

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

Il piano della Performance 2023-2025 e la relativa sezione attribuiscono, in riferimento agli obiettivi di budget, un peso rilevante all'esaustivo e tempestivo espletamento delle azioni sull'anticorruzione e la trasparenza, programmate nell'ambito della sezione dedicata del PIAO 2023-2025, pari al 10%.

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

Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Indicatore di performance	Peso %
Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel PIAO 2023 -2025 nell'apposita sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza.	INDICATORE: n .di relazioni inviate al responsabile prevenzione corruzione e trasparenza / N. di relazioni da inviare FONTE: Relazione semestrale, dettagliata, sul rispetto di tutte le azioni necessarie a garantire il verificarsi di fenomeni corruttivi inviata al Resp. della Prevenzione e della Corruzione e al Controllo di Gestione	10%

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.

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

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, Centro per la Formazione e Sviluppo delle Competenze, 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, Centro per la Formazione e Sviluppo delle Competenze, UOC Risorse Umane.

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

Mappatura dei processi

La mappatura dei processi elaborata nel 2021 - per un totale di n. 154 attività mappate - analizza e ripartisce i processi in attività e fasi di tutte le Unità organizzative dell'Istituto ed è disponibile nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione di primo livello "Disposizioni generali", raggiungibile all'indirizzo: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-per-la-trasparenza-2022-2024/>.

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

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

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, 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 Research and Action - 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.

Il bagaglio formativo dei referenti per l'anticorruzione e la trasparenza è oggetto di aggiornamento anche in riferimento al corrente esercizio 2023, grazie alla continuazione della collaborazione con le sopracitate associazioni no profit di ricerca nell'ambito della promozione della trasparenza e nel contrasto al fenomeno corruttivo nel settore pubblico.

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

L'Istituto ha inoltre aderito al Forum per l'integrità in Sanità, un gruppo di lavoro sperimentale che riunisce vari enti del servizio sanitario nazionale allo scopo di incrementare ed affinare le misure intraprese nell'ambito della lotta al fenomeno corruttivo e della promozione della trasparenza. 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-corrruzione-e-per-la-trasparenza-2021-2023/> si reputa opportuno programmare, nel corso del triennio 2023-2025, 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.

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 un numero rilevante di cambi di assegnazione (oltre 700 nel dettaglio).

In riferimento, altresì, al monitoraggio della rotazione degli incarichi negli uffici esposti ad un maggiore rischio corruttivo, prescritto dalle linee guida ANAC n. 15 (Delibera del Consiglio n. 494/2019), sarà cura del Responsabile per la prevenzione della corruzione, ove possibile, 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 ed aggiornato con deliberazione n. 157 del 29.03.2023 il regolamento aziendale per il Whistleblowing. Si specifica, altresì, che, a mezzo della Determinazione n. 501 del 21.09.2022, è stato acquisito un nuovo software per la gestione delle segnalazioni di illecito, denominato "Open Whistleblowing", allo scopo di incrementare i livelli di servizio e protezione richiesti dalla normativa Anac, nonché di adeguare la piattaforma informatica in uso ai requisiti tecnici dettagliati nell'ambito delle recenti linee guida per la gestione delle segnalazioni di illecito di cui alla Deliberazione Anac n. 469 del 09.06.2021.

Si provvederà altresì a recepire le indicazioni operative delineate dal recente D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, aggiornando, ove necessario, il succitato regolamento aziendale, nonché adeguando eventualmente il software in uso alle nuove specifiche tecniche richieste dall'ANAC.

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

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

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.

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 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

L'implementazione della sezione "amministrazione trasparente", costituisce nel complesso uno degli strumenti per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità, attraverso il controllo sociale che può essere attuato dalla collettività sugli atti e sulle attività poste in essere dall'Istituto. Gli obblighi di trasparenza - specificati nella deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 - così come individuati dettagliatamente nel documento allegato (all. 1) costituiscono una sezione del presente Piano anticorruzione e fanno parte integrante e sostanziale del presente atto.

La deliberazione ANAC sopra citata è stata recentemente emendata per effetto della pubblicazione dell'allegato 9 al PNA 2022, si sta procedendo all'adeguamento degli obblighi di pubblicazione relativi alla sezione bandi e contratti che sarà oggetto di recepimento e di aggiornamento del presente Piano.

Nel documento de quo sono identificate le strutture responsabili della trasmissione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

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

L'ANAC con l'approvazione del suddetto Piano Triennale ha evidenziato l'importanza di programmare ed attuare un monitoraggio sistematico in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sanciti dal decreto legislativo n. 33/2013, identificando in maniera chiara ed

inequivoca i dirigenti responsabili della produzione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente.

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

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

Annualmente l'OIV verifica l'implementazione delle sezioni di Amministrazione trasparente attraverso un monitoraggio poi trasmesso ad ANAC.

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'inadempimento. 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 legge 241/90 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso». Nello specifico, il discrimine logico e giuridico tra i due istituti si rinviene nella osservazione per cui la legge 241/90 esclude, perentoriamente, l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione ad un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello "semplice", è riconosciuto proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico". Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma si affianca parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi. Tale Regolamento per l'accesso civico generalizzato (FOIA – Freedom of Information Act) - approvato con delibera n.406 del 28/6/2017 - è visionabile sul sito www.inmi.it nella sezione denominata "Modulistica e Regolamenti", nonché su Amministrazione Trasparente, nell'ambito della sezione di primo livello rubricata "Altri Contenuti". Inoltre è consultabile all'interno della sottosezione "Registro accesso civico semplice e generalizzato", inclusa nella succitata sezione di primo livello "Altri Contenuti", l'elenco degli accessi civici, semplici e generalizzati, aggiornato semestralmente. Di anno in anno vengono pubblicate nella sezione amministrazione trasparente le istanze di accesso civico semplice e/o generalizzato.

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 prestatati dal personale dipendente (art.53 del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.), in riferimento al quale è stata data pubblicità sulla sezione di Amministrazione Trasparente rubricata "atti amministrativi generali". 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 (2023 - 2025)

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.

Le procedure di gara (nel rispetto della normativa vigente in materia ovvero per gli affidamenti > € 5000) 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. Anche per queste ultime viene acquisite, di volta in volta una dichiarazione del responsabile del progetto di ricerca che attesta l'infungibilità tecnica dei beni o servizi da acquisire.

- **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 s.m.i. 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, predefinizione 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. Nell'anno 2023 è previsto l'aggiornamento delle schede di mappatura dei rischi da ultimo redatte nell'anno 2021 e conseguentemente verranno individuate nuove misure anticorruptive che andranno ad integrare e o a sostituire le esistenti.

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 periodicamente a verificare lo stato di attuazione delle misure preventive succitate attraverso l’acquisizione di una relazione redatta dai referenti per la prevenzione della corruzione.

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

Negli anni precedenti, 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. 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 avvierà entro il 2024 un procedimento di revisione della suddetta Istruzione Operativa al fine precipuo di integrare ed aggiornare 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 attualmente affidato alla cooperativa sociale Consorzio Blu.

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.

Il nuovo regolamento aziendale 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 ha consentito di ridurre i fattori di rischio connessi alla gestione del settore di attività in parola, imponendo dei vincoli procedurali dettagliati agli specialisti e ai laboratoristi.

Farmaci

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

Sperimentazioni cliniche

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

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

Sarebbe 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.

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

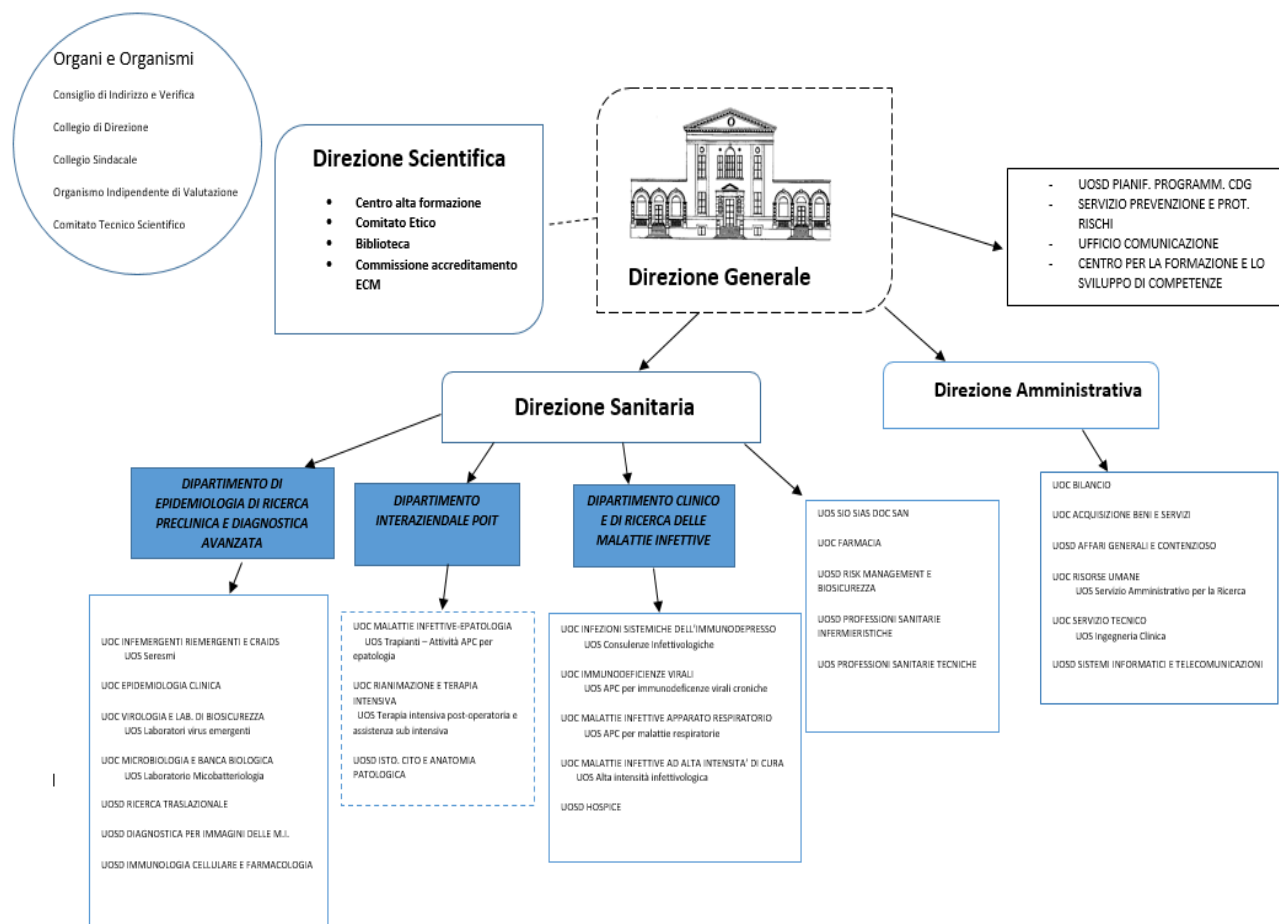
L'Istituto si articola attualmente in 2 Dipartimenti direttamente gestiti ("Clinico e di Ricerca delle Malattie Infettive", ed "Epidemiologia Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata") e di un dipartimento interaziendale trapianti (POIT) di seguito descritto. Tutti i dipartimenti sono articolati in 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 vigente regolamento di organizzazione e funzionamento dell'INMI Spallanzani (modifica delibera n. 699/2017) successivamente trasmesso, per la definitiva approvazione, alla Regione Lazio (DCA 296 del 23.07.2019).

In ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 200/2022, la Direzione Strategica ha predisposto l'ipotesi di adeguamento del vigente Atto Aziendale, riallineando di fatto le funzioni di Ricerca e le strutture preesistenti sotto la diretta responsabilità e direzione del Direttore Scientifico, mantenendo inalterata la numerosità delle unità operative complesse e dipartimentali già previste nell'attuale Atto Aziendale. La proposta di adeguamento sarà inviata nei termini previsti, ovvero entro il 31 marzo 2023, alla Regione Lazio e al Ministero della Salute per le opportune osservazioni e/o indicazioni, prima della necessaria approvazione.

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.

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.

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

SEZIONE 3.02 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In aderenza alle Linee Guida sul Piano Organizzativo del lavoro Agile (POLA) predisposte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica si provvede ad inserire una sezione dedicata al POLA. L'emergenza sanitaria ha reso necessario ricorrere a modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, costringendo molte realtà

lavorative ad attuare celermente quanto in parte già previsto dall'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n.124 e modificato dal "decreto rilancio" (art. 263, comma 4 bis, del decreto legge 19/5/2020 n. 34).

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, si è comunque colta l'occasione per ripensare all'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.

Le fasi progettuali del programma di sviluppo sono: 1) analisi delle condizioni abilitanti (misure organizzative, percorsi formativi, risorse, requisiti tecnologici), 2) analisi delle modalità di realizzazione e valutazione sulla percentuale dello stato di implementazione, 3) costruzione di strumenti di rilevazione e misurazione dei risultati (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.

Il Regolamento per il Lavoro Agile è in corso di approvazione, pertanto, si provvederà successivamente ad integrare il presente Piano.

SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Personale in servizio al 31.12.2022 consta di n. 920 unità, considerando sia il personale a tempo indeterminato che determinato, ripartite secondo lo schema riepilogativo riportato in calce.

SUDDIVISIONE PER RUOLI	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2022
SANITARIO	
Direttori S.C. Medici	8
Dirigenti Medici	143
Direttori S.C. sanitari	2
Dirigenti sanitari	43
Dirigenti professioni sanitarie	2
Personale infermieristico	444
Personale tecnico sanitario (cat.D)	66
Personale di riabilitazione (cat. D)	8
Personale di prevenzione (cat. D)	2
CPS Assistente sanitario	1
TOTALE SANITARIO	719
PROFESSIONALE	
Dirigenti	5
Comunicatore istituzionale	1
Assistente religioso	1
TOTALE PROFESSIONALE	7
TECNICO	
Collaboratori Tecnico-Profess. (cat. D)	5
Assistenti sociali (cat. D)	3
Operatori tecnici (cat. B) *(cat. D) (cat. BS)	69
Ausiliari (cat. A) *	12
Assistente tecnico (cat.C)	2
TOTALE TECNICO	91
AMMINISTRATIVO	
Dirigenti	10
Collaboratori amm.vi (cat. D)	20
Assistenti amm.vi (cat. C)	43
Coadiutori amm.vi (cat. B)	11
Commessi (cat. A)	1
TOTALE AMMINISTRATIVO	85
Ricercatori sanitari	8
Collaboratori di ricerca	10
TOTALE GENERALE	920

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 2022:

Analisi caratteri quali quantitativi

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	44,93
Età media dei dirigenti (anni)	47,48
Personale a tempo indeterminato e personale dirigente assunto in servizio nel corso dell'anno	17 di cui 7 dirigenti
% dirigenti in possesso di laurea	100%

Analisi del benessere organizzativo

INDICATORI	VALORE
Tasso di assenze personale comparto (dati 2021)	22,81%
Tasso di assenze personale dirigente (dati 2021)	18,63%
Tasso di infortuni	4,22%
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	81,14 %

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	65,72%
Età media del personale femminile non dirigente	44,21
Età media del personale femminile dirigente	46,45

La Relazione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il triennio 2023– 2025 non risulta ancora elaborato e trasmesso in Regione. Di seguito verranno rappresentati i dati contenuti nel Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il 2022, 2023 e 2024.

Si precisa che preventivamente alla redazione del piano di fabbisogno del personale è stata prestata particolare attenzione all'efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base delle capacità individuali, delle conoscenze, specializzazioni e capacità produttiva. Con particolare riguardo è stato considerato il personale dipendente con capacità lavorativa ridotta ricollocandolo nella maniera più idonea. E' stata condotta inoltre un'analisi sul personale che beneficia di permessi legge n. 104/92 pari a circa il 21 % del numero totale dei dipendenti per i quali è necessario prevedere opportuna sostituzione nelle giornate di assenza.

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

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

Il Piano 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.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.2 collaboratori amministrativi professionali in comando presso MdS;
- N.1 Dirigente Chimico in comando presso MdS.

Si indica inoltre il personale comandato in entrata:

- N.1 dirigente medico OSSB da AO San Camillo Forlanini
- N.1 collaboratore amministrativo professionale da IFO
- N.1 collaboratore amministrativo professionale da PTV.

Si rappresenta, inoltre, che al fine di far fronte alle sostituzioni di personale cessato nel corso dell'anno 2022 o che cesserà negli anni 2023 e 2024, l'Istituto ha richiesto l'aggregazione ai concorsi del Policlinico Tor Vergata per i seguenti profili professionali e per il numero di unità indicate:

- dirigente medico malattie infettive n. 4 unità;
- dirigente farmacista n. 3 unità.

La priorità dell'Istituto per l'anno 2022 è stata 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.

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 dell'anno 2021 con riferimento a:

- UOC farmacia;
- UOC virologia e laboratori di biosicurezza;
- UOC microbiologia e banca biologica;
- UOC infezioni sistemiche dell'immunodepresso.

Mentre per quanto riguarda l'unità operativa complessa di rianimazione e terapia intensiva poiché resasi vacante negli anni precedenti, gli oneri di spesa relativi sono stati già previsti nei precedenti piani di fabbisogno del personale.

L'Istituto sta procedendo alle stabilizzazioni:

- ai sensi dell'art. 20 comma 1 del D.Lgs. n. 75/2017 per le seguenti unità di personale, che poiché attualmente in servizio presso l'INMI a tempo determinato non comportano ulteriori oneri di spesa:

profilo professionale	numero unità
dirigente ingegnere	1
dirigente medico malattie infettive	2
assistente amministrativo	5
dirigente sanitario psicologo	1
c.p.s. infermiere – professionisti della salute	5

- ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. B) della legge n. 234/2021 per le seguenti unità di personale, che poiché attualmente in servizio presso l'INMI a tempo determinato non comportano ulteriori oneri di spesa:

profilo professionale	numero unità
c.p.s. tecnico della prevenzione – professionisti della salute	1
c.p.s. tecnico di laboratorio biomedico – professionisti della salute	7
O.S.S.	23

c.p.s. infermiere – professionisti della salute	63
c.p.s. tecnico di radiologia – professionisti della salute	2
c.p.s. fisioterapista – professionisti della salute	1
dirigente medico –disciplina malattie infettive	4
dirigente medico – disciplina anestesia e rianimazione	2
dirigente psicologo	1

Si riportano di seguito i profili del personale cessato nel corso degli anni 2021 e 2022 o che cesserà nel corso dell'anno 2023 che si intende sostituire:

profilo professionale	numero unità
dirigenti medici disciplina malattie infettive	2
dirigente medico disciplina igiene e sanità pubblica	1
dirigente medico disciplina cardiologia	2
assistenti sociali	2
dietista	1
assistente sanitario	1
tecnico di laboratorio biomedico	1
collaboratore amministrativo professionale	2
assistente amministrativo	3
geometra	1

Riguardo al fabbisogno di personale anni 2022-2024 del SERESMI si comunica che al momento attuale non sono previsti incrementi di personale o sostituzioni di personale.

Il SERESMI è stato costituito per 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 (CRRAIDS)". 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 sanita;
- 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." Detto DCA 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.

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

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

Si fa presente, inoltre, che per il personale riportato nel piano del fabbisogno nei profili di ricercatore sanitario n. 12 unità e collaboratore professionale della ricerca n. 11 unità, il costo non deve essere considerato nel perimetro del budget assunzionale dell'INMI, essendo coperto da altro finanziamento ad hoc del Ministero della Salute, e si precisa che tale finanziamento viene iscritto nel bilancio tra i ricavi non afferenti al Fondo Sanitario Regionale assegnato dalla Regione Lazio.

SEZIONE 3.04 PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE

La formazione e l'aggiornamento continuo costituiscono una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale del personale. L'investimento sulle conoscenze sulle capacità e sulle competenze delle risorse umane è, al contempo, un mezzo per garantire l'arricchimento professionale dei dipendenti e per stimolarne la motivazione, uno strumento strategico volto alla realizzazione degli obiettivi programmati e al miglioramento continuo dei processi aziendali, rappresenta quindi una maggiore tutela della salute dei cittadini attraverso il miglioramento della qualità dei servizi.

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

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

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

- il D. Lgs. n. 82/2005 e s.m.i. - Codice dell'amministrazione digitale (CAD) che riserva l'art. 13. alla "Formazione informatica dei dipendenti pubblici";
- il D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 T.U. in materia sulla salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro che dispone all'art.37 che "Il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza...";
- il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con l'introduzione all'art.6 del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e della relativa adozione da parte delle Pubbliche Amministrazioni con sezione dedicata alla formazione e qualificazione del personale;
- il "Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale" firmato il 10 marzo 2021 tra il Presidente del Consiglio, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e i Segretari generali di Cgil, Cisl e Uil, che prevede la semplificazione dei processi ed un importante investimento in capitale umano, con valorizzazione del personale, in cui ogni pubblico dipendente dovrà essere titolare di un diritto/dovere soggettivo alla formazione e per tale scopo bisognerà utilizzare i migliori percorsi formativi disponibili, adattivi alle persone, certificati;
- il Piano strategico per lo sviluppo del capitale umano della Pubblica amministrazione "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" pubblicato il 10/01/2022 dal Dipartimento della Funzione Pubblica che mette la formazione al centro delle strategie della PA, con una duplice valenza: rafforzare le competenze individuali dei singoli dipendenti e rafforzare strutturalmente le amministrazioni pubbliche, nella prospettiva del miglioramento continuo della qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese; tale piano si concretizza in due interventi fondamentali ossia l'iniziativa "PA 110 e lode" che, tramite protocollo d'intesa tra Dipartimento della Funzione Pubblica ed Università, consente a tutti i dipendenti pubblici che lo vorranno di usufruire di un incentivo per l'accesso all'istruzione terziaria ed innalzare il proprio livello di formazione, ed inoltre il progetto "Syllabus" per la formazione sulle competenze digitali, che prevede per le Amministrazioni aderenti, di mettere a disposizione per i propri dipendenti una piattaforma on-line con moduli formativi per colmare i gap di conoscenza e per migliorare le competenze per partecipare attivamente alla transizione

digitale della PA.

Principi della formazione

Le attività di formazione si ispirano ai seguenti principi:

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

Rilevazione dei bisogni formativi ed obiettivi della formazione

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

- supportare il raggiungimento degli obiettivi strategici;
- colmare i gap relativi a conoscenza ed abilità dei dipendenti, contribuendo al loro sviluppo professionale e personale;
- aggiornare le conoscenze in merito ad adempimenti previste da normative, per la gestione e semplificazione dei processi operativi con una maggiore efficienza dei servizi;
- rafforzare le competenze manageriali e gestionali per la dirigenza e i funzionari responsabili di servizi;
- agevolare l'evoluzione dei processi, dell'organizzazione e del benessere sul lavoro.

Il Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze, deputato istituzionalmente alla predisposizione del piano formativo aziendale, previa analisi dei bisogni formativi del personale, ha richiesto con nota mail del 01/12/2022 ai Direttori/Responsabili delle UO/Servizi di area sanitaria e tecnico-amministrativa, l'invio di proposte formative, per il triennio 2023-2025, attraverso la compilazione di un form on-line di rilevazione dei fabbisogni formativi per la definizione delle competenze da approfondire professionali (c.d. hard skill) e/o trasversali (c.d. soft skill), la descrizione del fabbisogno formativo rilevato specificando i destinatari principali ed il numero di persone da formare, nonché la presentazione della scheda di proposta formativa (INMI/FOR/M-01), utilizzata annualmente nello specifico per l'acquisizione delle proposte formative in ambito ECM.

Dall'analisi dei dati raccolti si evidenzia l'esigenza di intervento formativo per l'accrescimento delle competenze informatiche e digitali, comunicative, di formazione specialistica (tecnico-professionale, strumentale etc.) e di management pubblico.

Gli attori della formazione

Gli attori della formazione sono:

- il Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze: struttura preposta al servizio di formazione;
- i Direttori/Dirigenti Resp.li di UO/Servizio: coinvolti nel processo di formazione con la rilevazione dei fabbisogni formativi, individuazione dei docenti e dei destinatari della formazione, e la definizione della formazione specialistica per i dipendenti del settore di competenza;
- i Dipendenti: destinatari della formazione, i dipendenti vengono coinvolti in un processo partecipativo di compilazione del questionario di gradimento rispetto ai corsi di formazione attivati;
- i Docenti: come da Regolamento Aziendale, l'Istituto si avvale principalmente di docenti interni individuati dai Responsabili di Progetto per professionalità, competenza e conoscenza nei diversi ambiti formativi, e qualora sia accertata l'impossibilità di reperire tra il personale interno docenti con competenze idonee a svolgere l'attività formativa in progettazione, si può ricorrere a professionisti esterni esperti in materia, appositamente selezionati o scuole di formazione di comprovata valenza didattica.

Tipologie di formazione e di intervento

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

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

e le seguenti tipologie di intervento formativo:

- Formazione interna: attività formative progettate ed erogate direttamente dall'Istituto, al fine del contenimento della spesa, nel rispetto dell'efficacia dell'azione formativa e della coerenza con gli obiettivi del Piano;
- Formazione mediante incarichi esterni: svolta attraverso la collaborazione esterna di soggetti pubblici e privati che operano nel settore della formazione;
- Formazione a catalogo: attività formative specifiche organizzate all'esterno dell'Istituto da appositi Enti di formazione a cui partecipano i dipendenti di un determinato servizio;

La formazione obbligatoria

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

- Anticorruzione e trasparenza – L. 190/2012;
- Codice di comportamento;
- Privacy e trattamento dei dati – GDPR 679/2016;
- CAD – Codice dell'Amministrazione Digitale;
- Sicurezza sul lavoro – D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
- Uguaglianza di genere.

Budget

La consistenza del fondo del Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze (conto economico n.202050594) per l'anno 2023 è stata stabilita in € 245.829,04 in base a quanto

previsto dalla Circolare del Ministero per la Funzione Pubblica n.14/95 del 24 aprile 1995 “Direttiva alle Amministrazioni Pubbliche in materia di Formazione del personale” che prevede lo stanziamento all’interno dei bilanci delle Pubbliche Amministrazioni di un fondo pari almeno all’1% del monte salari retributivo (e successiva normativa in materia) nonché sulla base delle spese sostenute negli anni precedenti.

Nel triennio 2023 – 2025, in aggiunta al budget come sopra calcolato, l’Istituto dispone anche del budget della ricerca corrente per scopi formativi connessi a progetti attinenti alle linee progettuali dell’I.N.M.I. oltre che, per il quadriennio 2023 – 2026, del budget pari ad €. 78.635,96 per l’espletamento del Corso ECM in Infezioni Ospedaliere di cui al PNRR DGR n.332/2022.

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

Programma formativo per il triennio 2023 – 2025

Nel presente atto viene riportato il Piano triennale 2023 – 2025 in cui vengono indicate le macroaree formative di interesse, mentre viene dettagliato il Piano Formativo Aziendale Anno 2023, di cui il dettaglio delle attività nella delibera n. 133 del 17/03/2023 di approvazione dello stesso, che si allega parte sostanziale del presente Piano (all. 2).

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

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

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

- ha rinnovato l’adesione annuale al Programma Formativo INPS Valore-PA che consentirà a diversi dipendenti segnalati di partecipare gratuitamente a corsi di formazione su alcune aree tematiche di interesse generale delle pubbliche amministrazioni;

- ha aderito al progetto “Syllabus” per la formazione sulle competenze digitali, che prevede per i dipendenti abilitati l’uso di una piattaforma on-line con moduli formativi per colmare i gap di conoscenza e per migliorare le competenze così da partecipare attivamente alla transizione digitale della PA;
- nell’ambito della Missione 6 Salute del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza della DGR 332 del 24/05/2022, di cui - Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub Investimento 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere, svilupperà per conto della Regione Lazio, un programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all’assistenza in ambito ospedaliero, e come Soggetto Attuatore esterno e delegato, in qualità di Provider, dovrà provvedere alla formazione nel periodo 2023-2026 di n.288 dipendenti ca. sulla tematica delle infezioni ospedaliere.

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.

Nella tabella di seguito riportata, il riepilogo degli interventi formativi che si intendono attuare nel triennio 2023-2025, ove si procederà anche ad una valutazione della eventuale necessità di declinazioni settoriali degli interventi di formazione previsti.

MACRO AREA	PROGETTO FORMATIVO	DESTINATARI
Formazione obbligatoria Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, Risk Management, Emergenza - Urgenza	Formazione/aggiornamento addetti primo soccorso	addetti individuati
	Formazione/Aggiornamento addetti antincendio	addetti individuati
	Formazione generale e specifica sulla sicurezza sui luoghi di lavoro	neoassunti
	Aggiornamento annuale RLS	addetti individuati dai dirigenti
	Aggiornamento formazione specifica per lavoratori a Rischio Basso/Medio/Alto	tutti
	Corso di Aggiornamento Coordinatore Sicurezza Cantieri	addetti individuati
	Corso di formazione sulla movimentazione manuale dei carichi (MMP)	tutti gli addetti movimentazione carichi pazienti

	per lavoratori	
	Corso di formazione generale obbligatorio per dirigenti dell'INMI	nuovi dirigenti
	Corso di aggiornamento per addetti al servizio di prevenzione e protezione ASPP	addetti individuati
	Corso di formazione generale obbligatorio per preposti dell'INMI	nuovi preposti
	Corsi BLS-D per operatori sanitari e non sanitari	tutti i settori
Formazione e aggiornamento continuo, formazione specialistica	Redazione e stesura contratti pubblici ed Ufficiale Rogante	settore Affari Generali
	Aggiornamento contabilità e fiscalità pubblica	settore Bilancio
	Donazioni e fundraising sanitario	vari settori
	Gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca	settore ricerca
	Aggiornamento per operatori di front-office	operatori front office URP, CUP ed altri servizi di front office
	Medical English	vari settori
	Formazione specialistica necessaria per la realizzazione degli obiettivi delle UU.OO.	vari settori
	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze tecnico-professionali	vari settori
	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento	vari settori
	della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze di processo	
Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento	vari settori	
della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze di sistema		
Informatica e Sicurezza reti	Pacchetto Office 365 base e avanzato	tutti i settori
	Cyber Security	tutti i settori interessati
	Corsi finalizzati a migliorare la capacità di utilizzo di software specialistici e piattaforme telematiche in uso presso l'Ente	tutti i settori interessati

	Competenze Digitali - Syllabus	tutti i settori
Anticorruzione, Accesso Civico, Trasparenza, Privacy, Codice di Comportamento, Codice degli Appalti, Medicina di Genere	Accesso agli atti, accesso civico	Vari settori
	GDPR, Privacy, trattamento e sicurezza dei dati	Tutti i settori
	Anticorruzione e Trasparenza	Tutti i settori, Referenti e RCPT
	Parità di Genere	Tutti i settori
	Medicina di Genere	Vari settori
	RUP e DEC e la Riforma del Codice degli Appalti	tutti i settori
Gestione Risorse umane	Formazione in materia di previdenza e quiescenza	settore Personale
	Conto Annuale	settore Personale
	CCNL Sanità comparto e dirigenza	settore Personale
	Concorsi ed il reclutamento nella PA	settore Personale
	Lavoro agile	Vari settori
	Il referente della formazione nel contesto aziendale	Vari settori
	Gestione del personale universitario e degli enti di ricerca nei progetti di ricerca	settore Personale, Ricerca
Gestione e valutazione della performance	settore Personale, Controllo di Gestione	
Comunicazione Manageriale/dirigenziale	Comunicazione efficace	vari settori
	PNRR e cambiamento organizzativo	vari settori

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

(Dott.ssa Federica Gatta)
(Dott.ssa Eleonora Bonifacio)
(Dott.ssa Rita Pauri)
(Dott. Virgilio Passeri)
(Dott. Alfredo Parisi)
(Dott. Mauro Lauretti)