



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE 2024 – 2026



PREMESSE	4
SEZIONE 1. ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
SEZIONE 1.01 MISSION E VISION	7
SEZIONE 1.02 CAPACITÀ ASSISTENZIALE	11
DOTAZIONE POSTI LETTO	13
ATTIVITÀ DI RICOVERO	13
PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DAY HOSPITAL	18
SEZIONE 1.03 ATTIVITÀ SCIENTIFICA	21
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	28
SEZIONE 2.01 PERFORMANCE	30
SEZIONE 2.02 GENDER EQUALITY PLAN	36
SEZIONE 2.03 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	40
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: NOMINA E	
RUOLO	45
REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA	
TRASPARENZA	46
ATTIVITÀ E STRUTTURE MAGGIORMENTE ESPOSTE AL RISCHIO DI	
CORRUZIONE	49
MAPPATURA DEI PROCESSI	50
MISURE DI CARATTERE GENERALE PER PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	50
PIANO TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	55
ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	56
CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO	57
INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	58
CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI	59
RASA (RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE)	59
MISURE DI MINIMIZZAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO ATTUATE NEL	
SETTORE DELL'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI E DI COMMISSIONE DI	
LAVORI	59
DIVIETO DI PANTOUFLAGE O POST-EMPLOYMENT	61

MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	62
COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDERS NELLA REDAZIONE DEL PTPCT	62
ULTERIORI MISURE SPECIFICHE	62
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	66
SEZIONE 3.01 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	66
SEZIONE 3.02 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	69
SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	71
SEZIONE 3.04 PIANO TRIENNALE DELLA FORMAZIONE	81
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	92

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. Angelo Aliquò
Personale	780 unità impiegate al 31.12.2023
Natura Giuridica	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al Decreto Legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e ss.mm.ii.
Regolamento di Organizzazione e Funzionamento	https://trasparenza.inmi.it/atto-aziendale-deliberazione-n-487-del-16-07-2019/
Sito web	https://www.inmi.it
URP	urp@inmi.it
PEC	inmi@pec.inmi.it

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

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

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

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

L'attività di sperimentazione clinica 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.

Il Regolamento di Organizzazione e Funzionamento, attualmente vigente, è stato deliberato Deliberazione n. 487 del 16.07.2019, approvato dalla Regione Lazio con DCA U00296 del 23/07/2021.

SEZIONE 1.01 MISSION E VISION

Dotarsi di una missione (*mission*) ed una visione (*vision*), comunicarle, dichiararle è indispensabile per stabilire la propria funzione ed identità; individuare un percorso ed indicare un orizzonte di

impegno.

Mission e *vision* sono parte essenziale della strategia dell'Istituto in quanto orientano la funzione di comunicazione della strategia, rafforzano l'identità dell'organizzazione e l'identificazione dei singoli membri, agevolano l'allineamento degli obiettivi individuali.

La missione primaria di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico è quella di contribuire al conseguimento degli obiettivi di promozione, di prevenzione, di mantenimento e di sviluppo dello stato di salute della popolazione assistita, secondo le indicazioni istituzionali (a livello centrale e regionale), nel presupposto che garantire ad ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata al proprio bisogno di salute sia un compito fondamentale.

In quest'ottica la *mission* dell'INMI si caratterizza da un lato per l'attività di ricerca e dall'altro per la forte connotazione specialistica nel campo in cui esso opera. L'INMI è diventato, anche a seguito della pandemia CoViD-19 sempre di più polo di interesse strategico nel contesto internazionale, nazionale e per la Regione Lazio quale sede di qualificate professionalità e tecnologie avanzate, quali i laboratori di biocontenimento e l'Unità di Alto Isolamento. Esso sarà quindi Centro di Riferimento nelle reti per le patologie infettive, e per specifici aspetti di malattie di elevato impatto sociale e/o con rilevanza di sanità pubblica.

La *mission aziendale* rappresenta, insomma, la ragione di esistere dell'Istituto, descrive quello che l'Istituto è nel contesto in cui opera, chiarisce in cosa esso si distingue rispetto alle altre istituzioni. L'Istituto si propone, in sintesi, di raggiungere l'eccellenza nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura delle malattie infettive, attraverso lo sviluppo della ricerca clinico – scientifica e l'innovazione organizzativa e gestionale, in un contesto di costante attenzione alla qualità del servizio erogato alle persone assistite.

Le attività dell'Istituto in campo assistenziale e scientifico sono, in particolare, orientate verso i seguenti obiettivi:

- a. rafforzare il proprio ruolo di polo di riferimento nel settore delle malattie infettive;
- b. partecipare alla rete italiana dei centri di eccellenza, rappresentando uno dei punti di maggiore attività, competenza, esperienza ed innovatività nel settore delle malattie infettive;
- c. partecipare e/o coordinare reti e programmi in tema di patologia infettiva a livello nazionale e internazionale;
- d. sviluppare un modello organizzativo di rete per le strutture infettivologiche regionali e in ambito nazionale per specifiche patologie (come, ad esempio, per la diagnostica molecolare avanzata e le prime infezioni da HIV o più recentemente con interventi specifici per l'infezione pandemica da Sars-CoV-2);

- e. svolgere attività di centro di riferimento regionale per le sorveglianze di laboratorio delle malattie da infezione e per la sicurezza infettivologica dei trapianti di organo solido;
- f. rappresentare un centro di riferimento nazionale per la diagnostica degli agenti di classe 4, per l'isolamento di pazienti altamente contagiosi, per la gestione del rischio occupazionale negli operatori sanitari;
- g. realizzare modelli innovativi di organizzazione e gestione dei servizi, anche mediante l'attivazione di sperimentazioni gestionali;
- h. garantire la continuità del processo di cura ed il collegamento con le strutture territoriali, attraverso attività di consulenza scientifica e supporto clinico assistenziale;
- i. promuovere modelli di formazione avanzata sui diversi aspetti delle patologie infettive.

In questo quadro, scopo primario dell'Istituto è il perseguimento di principi di equità nell'accesso all'assistenza, di qualità e appropriatezza delle cure e di economicità nell'impiego delle risorse, attraverso il potenziamento dei propri servizi, la ridefinizione del ruolo ospedaliero quale luogo di garanzia dell'elezione ed emergenza sanitaria ed il coinvolgimento diretto degli attori locali che contribuiscono a promuovere la salute della collettività.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biologici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli.

Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più avanzata ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale è, inoltre, il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati, con obiettivi mirati e valutazioni degli esiti in termini di risultati di salute nella popolazione opportunamente individuati e misurati.

La *vision aziendale* dà rilievo a ciò che si vuole essere, si concentra sul domani e fornisce chiari criteri e obiettivi di "*decision making*". La *vision aziendale* diventa così la proiezione di uno scenario futuro che rispecchia gli ideali, i valori e le aspirazioni di chi fissa gli obiettivi e incentiva l'azione di tutti coloro che operano all'interno di un'organizzazione. Senza una *vision* chiara e definita sarebbe difficile stabilire lo scopo dell'Istituto, la rotta che esso intende seguire ed i benefici che ne potranno derivare. Dopo avere definito la *vision*, la Direzione Strategica si è posta

come obiettivo continuo da conseguire la comunicazione e la condivisione con il personale dell'Istituto. Pertanto, è di fondamentale importanza che la *vision* diventi il “manifesto” dell'Istituto, in modo da dare a quanti partecipano alle attività istituzionali una forte motivazione nel proprio quotidiano impegno di lavoro.

All'Istituto compete un ruolo rilevante nella prevenzione e nella cura delle malattie infettive attraverso servizi qualificati, ai quali si rivolgono i cittadini, non solo di Roma. Il ruolo di tutti coloro che operano nell'Istituto deve essere quello di affermare con forza la volontà di lavorare per creare le condizioni dello sviluppo di questi servizi, quale parte altamente qualificata della sanità a livello non solo regionale ma anche nazionale.

Per realizzare ciò l'INMI sta investendo non solo nella promozione delle professionalità ma anche nello sviluppo della condivisione delle strategie e politiche aziendali. In questa prospettiva, la sfida su cui poggia la *vision* dell'Istituto si basa su alcuni principi fondamentali:

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

- amministrativo e tecnico e, per certi aspetti, la stessa collettività esterna;
- sicurezza: l'Istituto deve continuare a prestare la massima attenzione alle problematiche che riguardano le condizioni ambientali e le procedure operative, perché l'ospedale sia un luogo sicuro per i degenti e per il personale che vi lavora;
 - sviluppo: l'ospedale ha maturato, negli ambiti di attività che gli sono propri, forti tradizioni di alta competenza e qualità professionale che devono essere preservate e anzi rafforzate. Questo sviluppo è possibile grazie al massimo coinvolgimento di tutte le risorse disponibili.

SEZIONE 1.02 CAPACITÀ ASSISTENZIALE

Anche nel 2023 INMI ha svolto notevoli iniziative riguardo l'utilizzo di anticorpi monoclonali e antivirali su pazienti positivi al Covid-19, non ricoverati, con malattia lieve-moderata al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione e il grado di impegno delle strutture di degenza della rete Regionale.

Se già nel 2022 INMI Spallanzani aveva preso in carico e trattato oltre 4000 pazienti, nel 2023 l'attività dell'ambulatorio e la conseguente terapia precoce dei pazienti paucisintomatici non ospedalizzati si è consolidato quale uno dei cardini degli interventi assistenziali e di Sanità Pubblica, riducendo la progressione clinica e, quindi, l'ospedalizzazione favorendo, di conseguenza, una precoce *restitutio ad integrum*. Al 31/12/2023, presso l'Ambulatorio Monoclonali e Antivirali dell'INMI, 6.379 pazienti non-ospedalizzati con COVID-19 sono stati seguiti e sottoposti a protocollo diagnostico avanzato e a terapia anti-SARS-CoV-2.

Nel corso dell'anno 2023 il personale INMI ha risposto via e-mail in media a 200 quesiti ogni mese, e ad oggi lo smaltimento delle richieste viene gestito in modo da arruolare la maggior parte dei pazienti entro il limite di 5 giorni dall'esordio dei sintomi.

Sono inoltre stati organizzati 252 turni ambulatoriali, con 1.426 accessi in ambulatorio; di questi, 1.174 sono risultate prime valutazioni. Dopo la prima visita, che comprende una valutazione degli esami di laboratorio, un tampone molecolare in RT-PCR con analisi di sequenza in NGS a campione, ed esami sierologici per la rilevazione di anticorpi anti-SARS-Cov-2, il paziente viene inserito in un percorso di follow-up clinico e laboratoristico che prevede una visita di controllo a 7 giorni. I pazienti che necessitano di più visite di controllo vengono seguiti fino alla guarigione ed eventualmente ritrattati anche con schemi off-label. Sono stati svolti inoltre circa 60 giorni di reperibilità dai medici dell'ambulatorio per la valutazione delle terapie prolungate.

Non da ultimo, dal 23 Luglio 2022 al 10 Maggio 2023 l'OMS ha considerato il vaiolo delle scimmie (mpox) "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 2023) sono stati notificati 92.546 casi di mpox a livello globale, di cui 90.574 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 2023, i casi confermati sono 972 (Fonte: Ministero della Salute).

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

Al 31 dicembre 2023, presso l'INMI sono stati osservati e seguiti un totale di 298 casi sospetti di mpox pari all'80% del totale di 372 casi sospetti osservati in Regione Lazio. L'INMI ha notificato 135 casi di mpox confermati (con diagnosi mediante test RT-PCR), pari all'81,8% del totale di 165 casi notificati nella Regione Lazio, e al 14% di tutti i casi notificati a livello nazionale.

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

L'ambulatorio mpox nel 2023 è stato adattato all'andamento epidemiologico, con un'apertura bisettimanale fino al mese di marzo e poi con una reperibilità sempre bisettimanale da aprile in poi, effettuata dai medici dell'Ambulatorio PrEP/IST e del MIAIC. Veniva comunque mantenuta la possibilità di effettuare una prima valutazione infettivologica dei casi sospetti anche al di fuori dei normali orari di apertura dell'ambulatorio stesso con accesso presso l'Accettazione dell'Istituto.

Nonostante la netta riduzione dei casi a livello globale, presso l'Istituto sono state effettuate due diagnosi nel 2023, entrambe gestite a livello ambulatoriale e sono stati valutati i pazienti con diagnosi effettuata l'anno precedente per la valutazione dell'immunità ad un anno dall'infezione. Considerata la fine della fase emergenziale, le attività dell'Ambulatorio Mpox sono state assimilate

e riassorbite in quelle quotidianamente garantite dall'Ambulatorio PrEP/IST, visto il carattere sessualmente trasmissibile del mpox.

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

Nel 2023 sono state vaccinate 161 persone presso il Centro vaccinale mpox dell'INMI, per un totale, dall'inizio della campagna vaccinale, di 3.460 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.

Dotazione Posti letto

All'inizio del 2023 INMI ancora poteva contare su un numero di posti letto che, a causa dell'emergenza pandemica, era stato incrementato fino ad arrivare a n. 198 posti letto in degenza ordinaria suddivisi in 5 Unità Operative Complesse. A maggio 2023, a seguito di una rivalutazione del contesto epidemiologico, i posti letto sono stati riportati ai numeri previsti dalla dotazione originaria, ovvero a n. 166 posti letto di degenza ordinaria, sempre suddivisi tra le 5 UU.OO. mediche. Questi posti letto, tuttavia, non erano completamente utilizzabili per la presenza di alcune camere di degenza doppie che venivano lasciate ad uso singola in caso di pazienti ricoverati in regime di isolamento. Per tale motivo a dicembre 2023, pur mantenendo la stessa dotazione totale dei posti letto (166) si è provveduto all'apertura di un nuovo reparto a gestione dipartimentale dotato esclusivamente di camere di degenza singole: questa operazione ha consentito un significativo aumento dell'indice di occupazione dei posti letto ed una migliorata capacità ricettiva nei confronti della Rete regionale di Malattie Infettive. Analogamente, la Terapia Intensiva, a seguito di una rimodulazione dei posti letto, è scesa dai 25 posti letto attivi il 1 gennaio 2023 all'attuale dotazione pari a n. 12 posti letto.

Attività di ricovero

La tabella successiva presenta i principali indici di attività registrati nell'anno 2023.

UO	PL	Reparto di dimissione	Dimessi	GG DEG	DEG MEDIA	OM %
2401	32	Malattie infettive - epatologia	494	9.331	18,89	79,89
2402	32	Infezioni sistemiche e dell' Immunodepresso	483	8.947	18,52	76,60

2405	32	Immunodeficienze virali	452	10.336	22,87	88,49
2406	32	Mal Inf ad alta Intensità di cura	626	9.422	15,05	80,67
2409	38	Mal Infettive dell'apparato respiratorio	782	13.167	16,84	94,93
TOT. "24"	166	Totale Reparti "24"	2.837	51.203	18,05	84,51

4920	12	Rianimazione	133	3.330	24,82	76,03
TOT. ORD.	178	Totale RO Ospedale (CRT compresa)	2.970	54.533	18,36	83,94

Il prospetto presenta 7 colonne, così intitolate (da sinistra verso destra):

1. UO: codice identificativo del reparto nel NSIS, l'INMI è composto da 5 unità operative, tutte afferenti alla disciplina "24", Malattie Infettive, più una sesta UO, "49" che definisce il Centro di Rianimazione e TI;
2. PL: numero dei posti letto attivi e deliberati, secondo la configurazione stabilita da Regione Lazio ed operativa da maggio 2023 (166 posti letto "24" e 12 "49"), per un totale di 178 PL;
3. Reparto di dimissione: contiene la denominazione adottata dalle diverse UU.OO.;
4. Dimessi: numero dei pazienti dimessi, in RO, nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2023 (NB. Il dato potrebbe essere lievemente sottostimato in quanto non comprensivo di pochi pazienti in "dimissione protetta", che verranno registrati a febbraio);
5. GG DEG: numero delle giornate di degenza "contabilizzate" all'atto della trasmissione della SDO;
6. DEG MEDIA: degenza media in giorni; è pari al numero delle giornate di degenza fratto il numero dei dimessi;
7. OM %: Occupazione Media percentuale. Indica il livello di "utilizzazione" delle giornate di degenza, rispetto a quelle teoricamente possibili. In questo caso è il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettive (colonna GG DEG) e quelle "potenziali", ovvero il prodotto tra numero di PL e giornate del periodo (365);

Di seguito 3 prospetti che descrivono la distribuzione dei casi per:

- Prospetto I: MDC & Età Media;

- Prospetto II: Età media e sesso per MDC
- Prospetto III: Nazionalità per MDC

Età media per MDC - ricoveri ordinari 2023			
MDC	Descrizione MDC	Casi	Età Media
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	73	49
2	Malattie e disturbi occhio	1	34
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	4	47
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.746	66
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	30	70
6	Malattie e disturbi apparato digerente	51	57
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	188	57
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	34	58
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	22	47
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	4	56
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	18	63
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	5	44
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	3	54
18	Malattie infettive e parassitarie	366	52
19	Malattie e disturbi mentali	1	29
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1	40
25	Infezioni da HIV	365	49
NA	Non attribuibile	13	63
PR	Pre MDC	45	63

ETA' MEDIA PER MDC e sesso - ricoveri ordinari 2023

MDC	Descrizione MDC	Casi	Sesso	Età Media
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	36	uomini	52
		37	donne	46
2	Malattie e disturbi occhio	1	donne	34
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	3	uomini	36
		1	donne	80
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	1.036	uomini	64
		710	donne	69
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	25	uomini	71
		5	donne	66
6	Malattie e disturbi apparato digerente	21	uomini	57
		30	donne	56
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	132	uomini	58
		56	donne	55
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	25	uomini	58
		9	donne	57
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	17	uomini	46
		5	donne	50
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	3	uomini	69
		1	donne	17
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	10	uomini	68
		8	donne	57
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	2	uomini	51
		3	donne	35
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	3	uomini	54
18	Malattie infettive e parassitarie	205	uomini	53
		161	donne	51
19	Malattie e disturbi mentali	1	uomini	29
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1	donne	40
25	Infezioni da HIV	303	uomini	49
		62	donne	46
NA	Non attribuibile	10	uomini	64
		3	donne	60

PR	Pre MDC	33	uomini	61
		12	donne	67

MDC per nazionalità - ricoveri ordinari 2023			
MD C	DESCRIZIONE MDC	Cittadinanza	Casi
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	Italia	56
		Paesi Esteri	17
2	Malattie e disturbi occhio	Italia	1
		Paesi Esteri	0
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	Italia	3
		Paesi Esteri	1
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	Italia	1357
		Paesi Esteri	389
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	Italia	29
		Paesi Esteri	1
6	Malattie e disturbi apparato digerente	Italia	45
		Paesi Esteri	6
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	Italia	168
		Paesi Esteri	20
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	Italia	31
		Paesi Esteri	3
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	Italia	19
		Paesi Esteri	3
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	Italia	4
		Paesi Esteri	0
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	Italia	16
		Paesi Esteri	2
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	Italia	5
		Paesi Esteri	0
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	Italia	3
		Paesi Esteri	0
18	Malattie infettive e parassitarie	Italia	297

		Paesi Esteri	69
19	Malattie e disturbi mentali	Italia	1
		Paesi Esteri	0
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	Italia	0
		Paesi Esteri	1
25	Infezioni da HIV	Italia	259
		Paesi Esteri	106
NA	Non attribuibile	Italia	8
		Paesi Esteri	5
PR	Pre MDC	Italia	38
		Paesi Esteri	7

Prestazioni Ambulatoriali e Day Hospital

Nel triennio 2021 - 2023 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 2023 a 1.564 pazienti, il 26,4% in più rispetto ai nuovi pazienti del 2022.

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

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

Nell'insieme, dunque, l'attività ambulatoriale dell'INMI non solo è tornata nel 2023 a livelli che si avvicinano molto a quelli del pre-pandemia, ma ha consolidato ed implementato la sua attività produttiva in modo decisamente significativo.

	2023		2022		2021		2020	
	VISITA	PREST	VISITA	PREST	VISITA	PREST	VISITA	PREST.
AMBULATORI								
UOC MAL. INF. EPATOLOGIA	<i>4.533</i>	0	<i>3.382</i>	0	<i>1.410</i>	0	<i>2.008</i>	0
UOC INF. SISTEMICHE IMMUNODEPRESSO	<i>894</i>	0	<i>858</i>	0	<i>590</i>	0	<i>756</i>	0
UOC IMMUNOIDEFICIENZE VIRALI	<i>11.444</i>	0	<i>10.713</i>	0	<i>11.079</i>	0	<i>7.245</i>	0
UOC MAL. INF. AD ALTA INTENSITA' DI CURA	<i>1.339</i>	0	<i>617</i>	0	<i>334</i>	0	<i>249</i>	45
UOC MAL. INF. DELL'APPARATO RESPIR.	<i>4.683</i>	3.262	<i>2.095</i>	3.987	<i>2.000</i>	2.745	<i>2.525</i>	1.304
SERVIZIO DI PSICOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>1.798</i>	0	<i>0</i>	1.684	<i>0</i>	2.135	<i>0</i>	1.869
CENTRO PREVENZIONE CURA INF. IN GRAV.	<i>2.157</i>	0	<i>2.142</i>	0	<i>1.588</i>	0	<i>1.417</i>	0
SERV. CARDIOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>596</i>	1.380	<i>1.032</i>	1.776	<i>834</i>	1.123	<i>325</i>	507
SERV. DI EMATOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>909</i>	0	<i>794</i>	0	<i>580</i>	0	<i>447</i>	0

SERV. DI DERMATOLOGIA	<i>1.337</i>	669	<i>513</i>	49	<i>582</i>	329	<i>1.205</i>	583
SERV. DI DIETOLOGIA NELLE MAL. INF.	<i>0</i>	180	<i>0</i>	213	<i>0</i>	65	<i>0</i>	5
SERV. DI OCULISTICA NELLE MAL. INF.	<i>238</i>	5	<i>194</i>	4	<i>139</i>	1	<i>47</i>	1
SERV. DI FISIOTERAPIA	<i>0</i>	1.893	<i>0</i>	2.121	<i>0</i>	50	<i>0</i>	1.194
TOTALE	<i>31.306</i>	7.167	<i>22.340</i>	9.834	<i>19.136</i>	6.448	<i>16.224</i>	5.508

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

AMBULATORI LONG COVID	2023	2022	2021	2020
AMBULATORIO POST-COVID MIAR - VISITE PNEUMONOLOGICHE	1.393	1.252	883	106
AMBULATORIO POST-COVID MIAR - VISITE INFETTIVOLOGICHE	323	1.044	795	295
AMBULATORIO POST-COVID INF. SISTEMICHE IMMUNODEPRESSO	234	783	1030	317
AMBULATORIO POST-COVID IMMUNODEFICIENZE VIRALI	248	827	929	233
AMBULATORIO POST-COVID MAL. INF. ALTA INTENSITA' DI CURA	202	910	805	280
AMBULATORIO POST-COVID EPATOLOGIA	174	687	772	184
AMBULATORIO POST-COVID DIPARTIMENTALE	16	72	38	12
TOTALE	2.590	5.575	5.252	1.427

La tabella successiva presenta i principali indici di attività del Day Hospital registrati nel periodo 2020-2023

DAY HOSPITAL				
ANNO	Casi DH	Accessi totali	Presenza media	Accessi medi per DH
2020	136	755	2,49	5,6
2021	159	1039	3,42	6,5
2022	177	914	3,02	5,2
2023	184	875	2,91	4,8

SEZIONE 1.03 ATTIVITÀ SCIENTIFICA

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

Tale attività si concretizza in quattro tipologie:

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

Infine, si ritiene utile evidenziare tre settori che hanno visto un particolare impegno dell'Istituto in anni recenti e per i quali si prevede un ulteriore sviluppo delle attività nell'immediato futuro: Ricerca su SARS-CoV-2/COVID-19, Ricerca su mpox e infezioni a trasmissione sessuale e Ricerca su ICA/AMR

Ricerca Corrente

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

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

Le linee di ricerca attive nel triennio 2022 – 2024 sono:

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

Questa linea comprende: Studio dei patogeni ad elevato impatto sanitario e sociale, emergenti o rari, di difficile diagnosi o multiresistenti (MDR) ed associati all'assistenza (ICA): include la loro caratterizzazione biologica e molecolare, indagini sugli aspetti patogenetici ed in particolare di quelli immunitari, la messa a punto di nuovi metodi diagnostici anche con approccio

metagenomico. Sorveglianza e controllo delle infezioni, preparedness per le epidemie e supporto alle attività internazionali. Studio delle infezioni tropicali, neglette e malattie del viaggiatore (in particolare malaria, malattia di Chagas, infezioni da *Echinococcus granulosus*, borreliosi).

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

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

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

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

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

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

progetto mira all'ottimizzazione delle strategie terapeutiche per la TB, inclusa la multiresistente. Il quinto valuta l'impatto di COVID-19 sulla TB in ambito clinico ed immunologico.

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

Nel corso del 2023 l'attività di ricerca svolta nell'ambito delle 4 Linee di Ricerca Corrente, ed in corso di rendicontazione, ha portato alla pubblicazione, al 31/12/2023, di 178 articoli scientifici su riviste internazionali con un Impact Factor Normalizzato di circa 1090 punti, calcolato secondo i criteri fissati dalla Commissione nazionale per la ricerca sanitaria per gli IRCCS, e con un coinvolgimento di circa 200 ricercatori interni all'Istituto di cui 86 con almeno 4 lavori pubblicati nel periodo preso in esame.

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

Va precisato che i dati relativi al 2023 sono da intendersi provvisori e suscettibili di variazione in funzione delle scelte di rendicontazione del Direttore Scientifico.

ANNO	2021	2022	2023*
N. Pubblicazioni su riviste indicizzate	195	186	178
Impact Factor Grezzo	1.310	1.934,50	~1.670
Impact Factor Normalizzato	1.029,1	1.360,1	~1.090

** dati provvisori*

Come si può notare, a fronte di un numero di articoli scientifici sostanzialmente stabile nel triennio preso in esame, i valori di IF Grezzo e Normalizzato risultano molto variabili. Questo è dovuto, essenzialmente, al forte incremento degli articoli pubblicati sulle tematiche COVID nel corso del 2020 e 2021 che ha comportato un altrettanto rilevante incremento nel numero delle citazioni riportate dagli articoli stessi, specialmente quelli pubblicati nei periodici infettivologici, e nei conseguenti valori di Impact Factor Grezzo e Normalizzato. Nel corso del biennio successivo si è, invece, assistito ad un ridimensionamento del numero di tali pubblicazioni e ad una conseguente contrazione nei valori di Impact Factor Grezzo e Normalizzato dei periodici. Tale andamento ha influito anche sulla collocazione delle riviste nei quartili di pertinenza che vengono assegnati sulla base dell'Impact Factor grezzo.

A questo proposito, nella tabella seguente viene riportata la distribuzione degli articoli per quartili delle riviste di pubblicazione.

Se si prendono in esame i valori della Produzione Scientifica raggruppando gli articoli che si collocano sopra e sotto la mediana di impact factor nella disciplina di riferimento, si può osservare che al di là delle variazioni numeriche, i valori percentuali sono sostanzialmente stabili.

ANNO	2021	2022	2023*
	n. articoli (%)	n. articoli (%)	n. articoli (%)
1° quartile + 2° quartile	176 (90,2%)	172 (92,5%)	162 (91,0%)
3° quartile + 4° quartile	18 (9,7%)	14 (7,5%)	14 (7,8%)
TOTALE	195	186	176 <i>(2 periodici privi di quartile)</i>

* dati provvisori

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 45). [Google Scholar]

Ricerca Finalizzata

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

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

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

Infatti, i progetti sono connotati dalle seguenti finalità:

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

Sono in corso n.22 progetti di Ricerca Finalizzata presentati da ricercatori dell'Istituto e finanziati dal Ministero della Salute

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 - 2023.

Progetti Europei e Relazioni Internazionali

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

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

Attualmente risultano attivi n.16 progetti 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) ed ai progetti finanziati dal Ministero della Salute con un bando speciale (due progetti in qualità di capofila, e partecipa a un terzo progetto come unità operativa). Questo filone di ricerca verrà mantenuto, con una focalizzazione in particolare sulla malattia in pazienti fragili, l'efficacia della vaccinazione e il "long-covid".

Ricerca su mpox e infezioni a trasmissione sessuale

La recente emergenza di mpox come malattia a trasmissione sessuale in paesi dove il suo agente causale (Monkeypox virus) non era endemico, inclusa l'Italia, ha visto l'Istituto in prima

linea nel condurre studi di tipo clinico-epidemiologico, virologico e sull'efficacia dei vaccini, che hanno prodotto pubblicazioni di grande rilievo, anche in collaborazione con reti cliniche internazionali. A partire da questi studi si è andata potenziando l'attività relativa alle malattie a trasmissione sessuale, in stretta correlazione con le ricerche su epidemiologia e prevenzione di HIV incluse nella linea 2 della ricerca corrente (vedi sopra). Su questi temi si intende incrementare l'attività di ricerca nei prossimi anni.

Ricerca su infezioni correlate all'assistenza e resistenza agli antimicrobici

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

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

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

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 macrocategorie 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 sburocrazia 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 2.01 PERFORMANCE

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

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

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 gli obiettivi generali individuati nel Documento Unico di Programmazione, approvato con deliberazione n. 616 del 11.12.2023. In particolare:

- Obiettivi correlati allo sviluppo delle attività proprie dell'INMI quale riferimento per la Rete regionale delle Malattie Infettive nonché quale riferimento regionale e nazionale per la diagnostica avanzata di Laboratorio e l'assistenza delle malattie infettive ad alto isolamento e contagiosità;

- Obiettivi correlati alla ricerca e ai requisiti ministeriali per il mantenimento dello status di IRCCS nonché all'implementazione delle collaborazioni con le Università ed altre istituzioni di ricerca;
- Obiettivi relativi all'attività sanitaria: attività ospedaliera di ricovero, ambulatoriale e di continuità assistenziale per le persone con patologie infettive;
- Obiettivi di appropriatezza organizzativa e qualità dell'assistenza ospedaliera;
- Obiettivi correlati alla prevenzione e al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e di contrasto all'Antibiotico Resistenza, oltre che alla sorveglianza attiva per identificare nuovi patogeni e monitorare e contrastare la loro evoluzione;
- Obiettivi correlati alla corretta attuazione degli investimenti finanziati con le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resistenza e dal Piano Nazionale Complementare al PNRR;
- Obiettivi correlati al Cyber Security;
- Obiettivi correlati all'implementazione dell'attività di formazione negli ambiti di propria pertinenza e in ambiti di politica sanitaria in armonia con le decisioni regionali, al fine di divenire polo didattico per la formazione e per il perfezionamento e la pratica al contrasto e alla cura delle malattie infettive e tropicali. Nell'ambito di tale obiettivo si ritiene essenziale:
 - Ricercare sinergie per costruire e potenziare punti di eccellenza per affrontare il bisogno di salute dei cittadini;
 - Sviluppare iniziative comuni nell'ambito della ricerca, della formazione e dell'innovazione;
 - Instaurare nuove collaborazioni con altre istituzioni impegnate in attività di cura e prevenzione.
- Obiettivi concernenti l'attuazione del PAC (Percorso Attuativo della Certificabilità) finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e del Bilancio dell'Istituto;
- Obiettivi concernenti il contenimento della spesa per beni e servizi;
- Obiettivo concernenti la gestione e la valorizzazione del personale;
- Obiettivi concernenti l'equilibrio economico finanziario.

Nel corso del triennio 2024-2026, inoltre, è intendimento della Direzione Strategica dell'INMI L. Spallanzani IRCCS istituire un Centro di Formazione Permanente in Sanità, dedicato all'offerta di programmi educativi e formativi continuativi per professionisti del settore sanitario della Regione Lazio e del SSN più in generale, che curi i processi volti alla promozione di iniziative

formative finalizzate al miglioramento continuo delle conoscenze, delle capacità gestionali, manageriali e tecnico-professionali. Le azioni formative saranno sviluppate in armonia con la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e sono rivolte all'attuazione operativa di obiettivi scaturenti dagli ambiti di intervento strategici individuati a livello regionale, in conformità con le indicazioni provenienti dalle sedi nazionali e, in particolare, delle priorità e linee programmatiche ministeriali. Tale centro di riferimento, può rappresentare il luogo in cui offrire formazione continua e aggiornata agli operatori del SSR per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, promuovere l'eccellenza professionale e rispondere alle esigenze in evoluzione del settore sanitario. Il Centro vuole offrire una vasta gamma di programmi, inclusi corsi di aggiornamento, seminari, workshop, master e altre iniziative formative su temi specifici come nuovi trattamenti, tecnologie emergenti, etica medica, gestione sanitaria, controllo di gestione, controlli interni finalizzati alle certificazioni e molto altro.

A differenza della formazione iniziale o di base, la formazione permanente, cui si intende mirare, sarà utile a fornire aggiornamenti e competenze specialistiche ai professionisti già inseriti nel settore sanitario, che, con l'evoluzione organizzativa e della ricerca, delle tecnologie mediche e delle migliori pratiche cliniche, devono essere formati affinché le Aziende del SSR possano sempre essere in grado di garantire l'assistenza di alta qualità ai pazienti.

Tra gli altri obiettivi strategici da realizzare nel corso del 2024 sono stati individuati, nella Relazione del Direttore Generale al Bilancio di Previsione 2024, approvato con deliberazione n. 663 del 29/12/2023:

- ✓ L'implementazione di un nuovo ecosistema dei dati che consenta di superare la frammentazione delle informazioni, valorizzando i dati raccolti dall'Istituto e diventando la fonte unica di dati "certificati". L'analisi integrata dei dati raccolti promuoverà:
 - la realizzazione di modelli di mappe di malattia con impatto sulla valutazione della terapia;
 - la possibilità di implementare algoritmi di machine learning per il supporto alle decisioni cliniche;
 - la capacità di governare i dati raccolti a fini statistici ed epidemiologici;
 - la realizzazione di interfacce di accesso e consultazione ai dati archiviati;
 - la creazione di dashboard personalizzate e integrate.
- ✓ Lo sviluppo delle piattaforme per la telemedicina;

- ✓ L'adozione di una piattaforma per il monitoraggio e la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza;
- ✓ La rimodulazione delle attività del Dipartimento Interaziendale, anche in collaborazione con le altre aziende regionali e in armonia con la rete ospedaliera regionale recentemente approvata, con attività mediche e chirurgiche dedicate alle patologie infettive correlate all'assistenza.

Le aree strategiche forniscono una rappresentazione dei principali outcome perseguiti dall'Azienda, 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 2024-2026 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 assicurare 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 2024-2026 la Direzione dell'Istituto procederà all'individuazione dei correlati obiettivi strategici e specifici da assegnare alle varie Unità Operative.

Gli obiettivi assegnati 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.

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 2.02 GENDER EQUALITY PLAN

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

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

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

L'Istituto, attraverso l'approvazione del Gender Equality Plan con Deliberazione n. 151 del 17/03/2023, 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.

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 che ha recentemente aggiornato il cronoprogramma delle azioni di migliorative da porre in essere per il triennio 2024 – 2026 articolato in 4 macro-aree, sulle quali sviluppare azioni di miglioramento con obiettivi declinati a breve (1 anno) e lungo termine (3 anni) riportate nella tabella in calce.

Il giorno 8 gennaio 2024 il gruppo di lavoro, all’uopo individuato, ha partecipato al “Corso di formazione Sistema di Gestione in conformità alla norma PDR 125 del 2022” sulla Parità di Genere, che delinea i requisiti per la Certificazione di Parità di Genere richiamata dal PNRR. La prassi di riferimento 125:2022 definisce le linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere, che prevede la strutturazione e l’adozione di un insieme di indicatori prestazionali (KPI) inerenti le politiche di parità di genere nelle organizzazioni. Richiamando il classico modello di riferimento dei sistemi di gestione, la citata prassi, prevede la misurazione, la rendicontazione e la valutazione dei dati relativi al genere nelle organizzazioni per attribuire alle stesse un livello di maturità e misurare gli auspicabili miglioramenti nel tempo.

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

Obiettivo macro	Azione	Misure	Attori /responsabili	periodo			indicatore
				2024	2025	2026	
A. favorire l'equilibrio di genere a tutti i livelli lavorativi	A.1. favorire l'equilibrio di genere in occasione della composizione dei membri del CTS	individuare criteri elettivi che favoriscano la parità di genere (es. inserimento in schede 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			Comunicazione dell'Ufficio Tecnico
	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
	A.6 Istituzione Comitato Guida ai sensi della UNI Pdr 125	Avviare il processo di certificazione dell'INMI	Direzione Strategica		X		Delibera di nomina
B. promuovere e supportare la parità di genere e la cultura della stessa sul luogo di lavoro	B. 1 organizzazione di percorsi di formazione / convegni su argomenti relativi a equilibrio medicina di genere	organizzazione n.1/ 2 corsi di formazione / convegni ogni anno	Formazione Responsabili 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 scientifica	D promuovere strategie di reclutamento negli studi clinici per mantenere, ove possibile, un equilibrio di genere	verificare la proporzione di incidenza della patologia trattata rispetto al genere e tenerne conto in sede di arruolamento	responsabili degli studi	X	X	X	Invio report
		inserire (ove disponibile) nei report periodici la distinzione di genere e l'incidenza per genere della patologia oggetto di ricerca	responsabili degli studi	X	X	X	Invio report
		Promuovere progetti di ricerca sulla medicina di genere	responsabili degli studi	X	X	X	Invio report

SEZIONE 2.03 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, ha introdotto numerosi strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo 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 ascriviti.

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

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

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

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

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.

A decorrere dal 2023 il PTPCT triennale, viene inserito nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), introdotto dall' articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021, rubricato "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia".

Il 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 2024 – 2026 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 così come recentemente aggiornato con delibera ANAC 605 del 19 dicembre 2023.

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.

Tale mappatura è stata aggiornata proprio nel 2023. Nel primo semestre la quasi totalità delle UUOO ha mappato i processi interni procedendo all'identificazione di idonee misure anticorruptive in caso di individuazione di rischi medio alti.

L'ordinamento nazionale non enuclea, a livello legislativo e/o regolamentare, una chiara ed esaustiva definizione del fenomeno corruttivo. Premesso che nell'ambito della deliberazione ANAC

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

La sezione del Piano integrato di attività ed organizzazione dedicata alla prevenzione dei rischi corruttivi e alla trasparenza dell’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.

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

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

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;
- procede periodicamente all'attestazione degli obblighi di trasparenza

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

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

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

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

g. tutti i dipendenti:

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

h. i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione: nomina e ruolo

Ai sensi dell'art. 1 comma 7 della legge 190/2012 e s.m.i. e all'art. 43, comma 1, del D. Lgs. n. 33/2013, che prevede "All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione

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

Gli adempimenti a carico del Responsabile della prevenzione della corruzione sono riportati nella delibera ANAC n. 840 dello 02.10.2018, 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 come sopra elencati.

Le attività ispettive nelle aree ad elevato rischio corruttivo vengono svolte dai referenti per la prevenzione della corruzione, di concerto con i Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali, che relazionano 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. 28 dipendenti, di ruolo amministrativo o sanitario, ciascuno dei quali collabora con il RPCT e con la sua struttura di supporto al fine di identificare i concreti rischi corruttivi insistenti nella UOC/UOSD/UOS di appartenenza e di approntare 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:

- 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 2022 e 2023, corsi di aggiornamento in favore dei referenti pro tempore, erogato da Transparency International Italia e articolato in n. 4 giornate formative per ciascun anno.

In merito alla mappatura dei processi per l'anno 2023, ciascun referente ha fattivamente collaborato con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza al fine di isolare i rischi corruttivi insistenti nelle unità organizzative di assegnazione, nonché di elaborare le correlate misure di prevenzione e contenimento delle criticità individuate. I compiti dei citati referenti non si limitano alla collaborazione in chiave anticorruptiva con il RPCT ma si estendono, altresì, all'ambito della Trasparenza amministrativa, così come delineata dal D.lgs. n. 33 del 2013. I referenti agiscono invero come *longa manus* del Responsabile per la trasparenza nell'ambito delle rispettive Unità Organizzative, vigilando sulla corretta e tempestiva alimentazione delle sezioni di primo e secondo livello di competenza, nell'ambito della sezione “Amministrazione Trasparente” sul sito web istituzionale. Il gruppo di lavoro in parola viene sottoposto a costante formazione ed aggiornamento nella materia dell'anticorruzione e della trasparenza, attraverso la partecipazione periodica a corsi di formazione, in modo da garantire un graduale ma continuo miglioramento, sotto il profilo qualitativo e quantitativo, in merito all'attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo elaborate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nei propri atti di indirizzo, nelle linee guida e nei provvedimenti.

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

2023, come obiettivo strategico anche per il 2024 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 2024-2026 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 2024-2026, 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 verifica di eventi corruttivi.

Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Indicatore di performance	Peso %
Obiettivi di attività	Garantire il rispetto delle azioni previste nel PIAO 2024 -2026 nell'apposita sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza.	INDICATORE: n . di relazioni inviate al responsabile prevenzione corruzione e trasparenza / N. di relazioni da inviare FONTE: Relazione semestrale, dettagliata, sul rispetto di tutte le azioni necessarie a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi inviata al Resp. della Prevenzione e della Corruzione e al Controllo di Gestione	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 2023 - per un totale di n. 180 attività mappate - analizza e ripartisce i processi in attività e fasi di tutte le Unità organizzative dell'Istituto ed è disponibile nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione di primo livello "Disposizioni generali", raggiungibile all'indirizzo: <https://trasparenza.inmi.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-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.2 hanno un valore alto, n. 52 un valore medio ed i restanti n. 126 processi rientrano nel livello di rischio basso.

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

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.

Negli anni 2022 e 2023 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. Protezioni e diritti dei segnalanti alla luce delle novità normative;
2. Il ruolo del dipendente pubblico nella strategia anticorruzione;
3. L'attività di monitoraggio nel sistema di prevenzione della corruzione;
4. Analisi dei 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 2024, 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-corruzione-e-per-la-trasparenza-2021-2023/> si reputa opportuno programmare, nel corso del triennio 2024-2026, 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 una volta rettificato il regolamento sulla base della nuova normativa.

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 01.01.2023 ed il 31.12.2023, sono state aggiunte alla dotazione organica dell'Istituto n. n.2 unità di personale amministrativo che hanno consentito di attuare una parziale rotazione del personale (n. 6 unità).

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 in ambito sanitario (oltre 300).

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

Tutela del dipendente che segnala illeciti

In ordine alla materia della tutela del segnalatore d'illeciti (Whistleblower), è stato predisposto 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.

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

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

Conflitto di interessi

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

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

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

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

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

Al fine di ottemperare a quanto disposto al paragrafo 8 delle linee guida ANAC n. 15 (approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 5 giugno 2019), recanti le misure che

le Amministrazioni sono tenute ad adottare nell'eventualità in cui sussista un conflitto di interesse in merito ad una procedura di gestione di un contratto pubblico, nell'arco del triennio 2024-2026 sarà cura dell'Istituto ed in particolare della UOSD AAGG predisporre una procedura idonea a ridurre il rischio di insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, con indicazione dei titolari dei poteri sostitutivi, nell'ipotesi in cui un conflitto di interessi coinvolga un dirigente apicale.

Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

L'implementazione della sezione "amministrazione trasparente" costituisce nel complesso uno degli strumenti per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità, attraverso il controllo sociale che può essere attuato dalla collettività sugli atti e sulle attività poste in essere dall'Istituto. Gli obblighi di trasparenza costituiscono una sezione del presente Piano anticorruzione e fanno parte integrante e sostanziale del presente atto.

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

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

Il SIA procederà gradualmente all'adeguamento della sezione bandi di gara e contratti nel sito istituzionale per consentire l'inserimento dei dati richiesti da ANAC.

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

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

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

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

Accesso civico e accesso civico generalizzato

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

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice" (d'ora in poi "accesso civico") previsto dall'art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del d.lgs. 97/2016. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza. I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a "chiunque", indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, "fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria", nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato.

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

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora

in poi “accesso documentale”). La finalità dell’accesso documentale 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 verificino 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 2024 – 2026, su richiesta della Direzione strategica, il Codice di cui alla deliberazione n. 437/2016 verrà, se necessario, aggiornato sulla scorta delle recenti linee guida ANAC per la redazione dei codici di comportamento dell'SSN.

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

Inconferibilità e incompatibilità

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

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

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

Conferimento incarichi dirigenziali

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

RASA (Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto Responsabile dell'inserimento e dell'Aggiornamento annuale degli elementi identificativi della Stazione Appaltante stessa (RASA). Al fine quindi di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), l'Istituto con deliberazione n. 31/2017 ha individuato il RASA nella persona del Direttore della UOC ABS. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP – Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione adottata dall'Istituto.

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

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

Digitalizzazione dei contratti pubblici

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

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

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

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

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

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

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

Le modalità di funzionamento della BDNCP sono stabilite nel provvedimento ex articolo 23 del Codice, adottato con delibera n. 261 del 20 giugno 2023, consultabile sul sito ANAC.

- **Infungibilità**

Quale misura anti-corruttiva è stato redatto dall'Istituto il Regolamento per l'acquisizione di beni Infungibili, sulla base della normativa allora vigente in materia di appalti d.lgs. n.50/2016. L'Istituto ha recepito, con la deliberazione n. 63 del 29/01/2018 di adozione del Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni in regime di infungibilità (pubblicata sulla sezione "atti amministrativi generali" di Amministrazione Trasparente) le direttive ANAC in materia. Attualmente le strutture sono tenute all'osservanza del nuovo codice degli appalti. Nel triennio 2024-2026 si procederà con la revisione e aggiornamento del regolamento di cui sopra in considerazione della recente entrata in vigore del nuovo Codice di cui al d.lgs. n. 36/2023.

Per quanto attiene la ricerca, di volta in volta una dichiarazione del responsabile del progetto di ricerca che attesta l'infungibilità tecnica dei beni o servizi da acquisire che viene visionata e validata dal GdL all'uopo identificato con nota prot.n. 0011304/2023.

- **Programmazione**

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

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

Divieto di Pantouflage o Post-Employment

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

Nel prossimo triennio la UOC Risorse Umane adeguerà la modulistica contrattuale tenendo conto del modello operativo per la verifica sul divieto di pantouflage di cui al recente PNA 2022, giusta deliberazione n.7 del 17.01.2023.

Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

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

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

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

Nel triennio 2024-2026 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

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

1. utilizzo di modulistica ad hoc per la presa in carico delle salme;
2. affissione di un apposito avviso presso la Morgue a supporto della autonomia dei familiari nella scelta di Agenzia di onoranze funebri;
3. utilizzo di un modello standard di delega per il ritiro dei documenti per le esequie, fornito dalla Segreteria della Direzione Sanitaria;
4. Revisione dell'Istruzione Operativa n. 6/18 Rev. 1 del 2023, in corso di validazione, in cui viene indicato che *“Nessun dipendente dell'Istituto od operatore/visitatore a qualsiasi titolo presente in Istituto è autorizzato a dare indicazioni o suggerimenti a chicchessia, in merito alla scelta dell'Impresa di Onoranze Funebri. E' fatto espresso divieto a chiunque di procacciare o fare opera di mediazione diretta o indiretta delle prestazioni e dei servizi di onoranze funebri all'interno dell'Istituto “Lazzaro Spallanzani”. Non è autorizzata alcuna forma di pubblicità, diretta o indiretta, all'interno dell'INMI, da parte di Imprese di Onoranze Funebri”*.

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

Attività libero professionale e liste di attesa

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

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

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

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

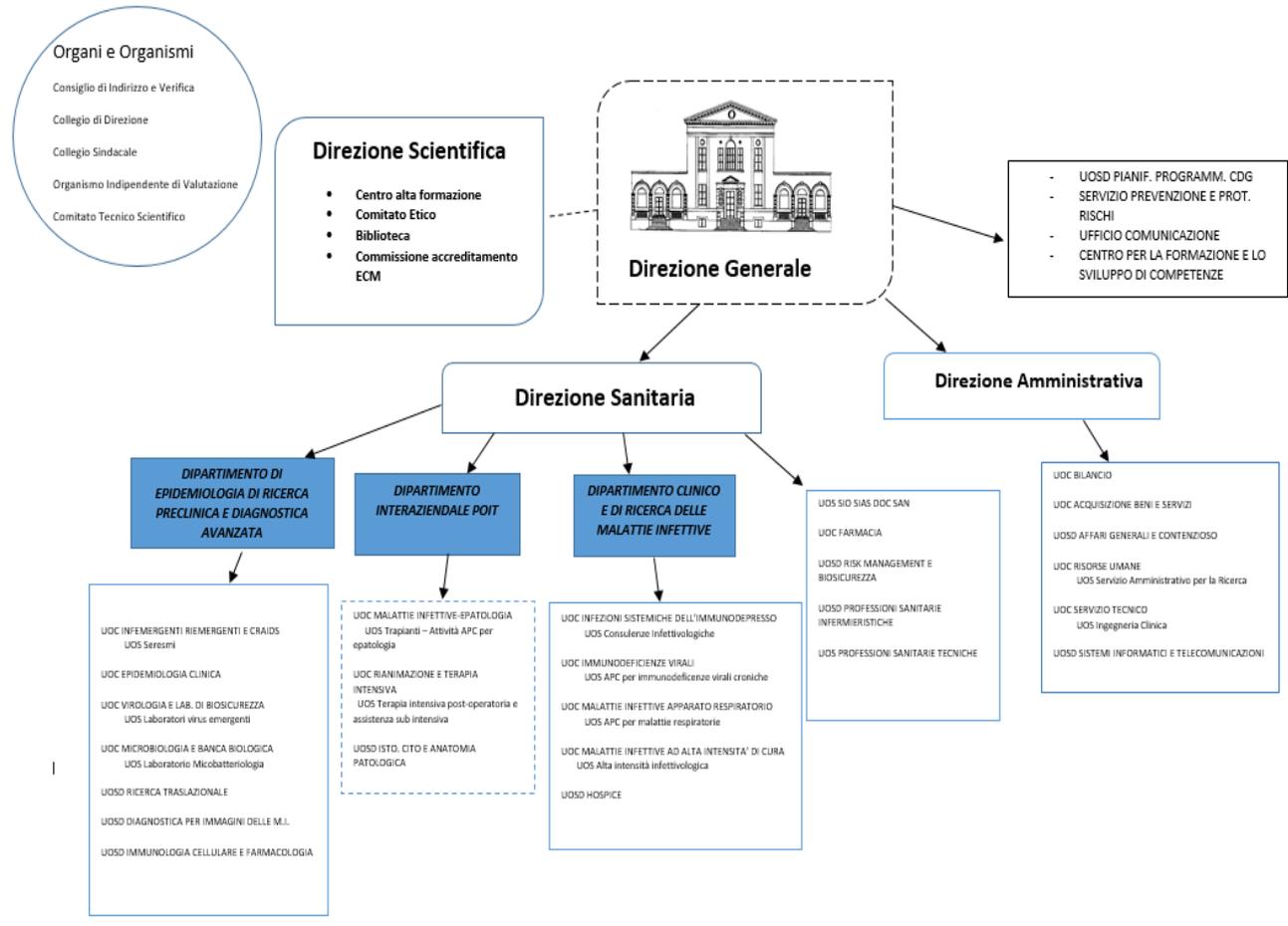
L'Istituto si articola attualmente in 2 Dipartimenti direttamente gestiti ("Clinico e di Ricerca delle Malattie Infettive", ed "Epidemiologia Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata") e di un dipartimento interaziendale trapianti (POIT) di seguito descritto. Tutti i dipartimenti sono articolati in 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 Regolamento di Organizzazione e funzionamento, riallineando di fatto le funzioni di Ricerca e le strutture preesistenti sotto la diretta responsabilità e direzione del Direttore Scientifico, con deliberazione n. 248 del 22/05/2023. Attualmente il Regolamento è in fase di rielaborazione, al fine di tener conto delle osservazioni pervenute dai competenti uffici ministeriali e della programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 da ultimo approvata da parte della Regione Lazio con deliberazione della Giunta n. 869 del 7 dicembre 2023.

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 sociosanitari che ne sono scaturiti. La posizione di prima linea ricoperta dall'INMI nella gestione dell'emergenza sanitaria discende dal riconoscimento come Polo per lo studio e la cura delle malattie infettive di cui gode l'Istituto presso la comunità scientifica internazionale.

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

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

Sulla scia del 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 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.

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;

4) analisi degli impatti interni ed esterni. In questa fase si ragionerà sugli indicatori del POLA, in particolare sullo stato di implementazione dello stesso, sulla performance organizzativa, sulla performance individuale e sui comportamenti da osservare.

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

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

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

SEZIONE 3.03 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Personale in servizio al 31.12.2023 consta di n. 780 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 31.12.2023
SANITARIO	
Direttori S.C. Medici	6
Dirigenti Medici	120
Direttori S.C. sanitari	2
Dirigenti sanitari	39
Dirigenti professioni sanitarie	1
Personale infermieristico	346
Personale tecnico sanitario (cat.D)	62
Personale di riabilitazione (cat. D)	6
Personale di prevenzione (cat. D)	3
CPS Assistente sanitario	1
TOTALE SANITARIO	586
PROFESSIONALE	
Dirigenti	5
Comunicatore istituzionale	1
Assistente religioso	2
TOTALE PROFESSIONALE	8
TECNICO	
Collaboratori Tecnico-Profess. (cat. D)	4
Assistenti sociali (cat. D)	2
Operatori tecnici (cat. B) *(cat. D) (cat. BS)	61
Ausiliari (cat. A) *	10
Assistente tecnico (cat.C)	1
TOTALE TECNICO	78
AMMINISTRATIVO	
Dirigenti	5
Collaboratori amm.vi (cat. D)	16
Assistenti amm.vi (cat. C)	41
Coadiutori amm.vi (cat. B)	9
Commessi (cat. A)	0
TOTALE AMMINISTRATIVO	71
Ricercatori sanitari	27
Collaboratori di ricerca	10
TOTALE GENERALE	780

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 2023:

Analisi caratteri quali quantitativi

INDICATORI	VALORE
Età media del personale (anni)	46,41
Età media dei dirigenti (anni)	48,80
Personale a tempo indeterminato e personale dirigente assunto in servizio nel corso dell'anno	55 comprese stabilizzazioni
% dirigenti in possesso di laurea	100

Analisi del benessere organizzativo

INDICATORI	VALORE
Tasso di assenze personale comparto (dati 2023)	28,96%
Tasso di assenze personale dirigente (dati 2023)	19,59%
Tasso di infortuni	2,34
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dipendenti del comparto	2.538,76
Stipendio lordo medio mensile percepito dai dirigenti	5.445,31
% di personale assunto a tempo indeterminato	93,71

Analisi di genere

INDICATORI	VALORE
% di dirigenti donne	67,70
% dirigenti uomini	32,30
% di donne rispetto al totale del personale	73,09
% di uomini rispetto al totale del personale	26,91

% di personale donna assunto a tempo indeterminato	90,54
Età media del personale femminile non dirigente	44,10
Età media del personale femminile dirigente	47,39

La Relazione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il triennio 2024– 2026 non risulta ancora elaborato e trasmesso in Regione. Di seguito verranno rappresentati i dati contenuti nel Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per il 2023, 2024 e 2025.

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 22% 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 funzionario - collaboratore amministrativo professionale definitivamente trasferito nei ruoli del Ministero della Salute dal 01/07/2023;
- N.1 funzionario - collaboratore amministrativo professionale definitivamente trasferito nei ruoli del suddetto Ministero dal 07/08/2023;
- N.2 funzionario - collaboratore amministrativo professionale comando obbligatori;
- N.1 Dirigente Chimico coinvolto in attività di collaborazione con il MdS;
- N.2 Area Professionisti della Salute – Infermiere in comando presso il MdS.

Si indica inoltre il personale comandato in entrata:

- N.1 dirigente medico OSSB da AO San Camillo Forlanini, successivamente passato definitivamente nei ruoli dell'INMI
- N.1 dirigente medico disciplina dermatologia e dermochirurgia in comando da IFO e successivamente passato definitivamente nei ruoli dell'INMI
- N.1 collaboratore amministrativo professionale in comando da PTV successivamente passato definitivamente nei ruoli dell'INMI.

Si rappresenta, inoltre, che al fine di far fronte alle sostituzioni di personale cessato nel corso degli anni 2022 e 2023 o che cesserà nell'anno 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.

La priorità dell'Istituto per le annualità 2022 e 2023 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;
- UOC Ricerca Traslazionale (che troverà la conclusione delle procedure di reclutamento nel corso dell'anno 2024 con costi a totale carico della ricerca).

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 ha proceduto 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.	13
c.p.s. infermiere – professionisti della salute	27
c.p.s. tecnico di radiologia – professionisti della salute	1
c.p.s. fisioterapista – professionisti della salute	1
dirigente medico –disciplina malattie infettive	2
dirigente medico – disciplina anestesia e rianimazione	1
dirigente psicologo	1

Si intende, inoltre, procedere alla stabilizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. B) della legge n. 234/2021 per le seguenti unità di personale, con requisiti maturati al 30/06/2022 e già autorizzati:

profilo professionale	numero unità
c.p.s. tecnico di radiologia – professionisti della salute	1
c.p.s. fisioterapista – professionisti della salute	1
dirigente medico – disciplina anestesia e rianimazione	1

Si intende, inoltre, procedere alla stabilizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. B) della legge n. 234/2021 per le seguenti unità di personale, con requisiti maturati successivamente al 30/06/2022, che poiché attualmente in servizio presso l'INMI a tempo determinato non comportano ulteriori oneri di spesa:

profilo professionale	numero unità
dirigenti medici disciplina malattie infettive (di cui n. 5 unità in sostituzione e già autorizzate)	7
dirigente medico – disciplina anestesia e rianimazione	6
dirigente medico disciplina igiene e sanità pubblica	2
cps infermiere – professionisti della salute	5
o.s.s.	7
specialista della comunicazione	1
dirigente sanitario farmacista	3

assistente amministrativo	4
---------------------------	---

Si riportano di seguito i profili del personale cessato nel corso degli anni 2021, 2022 e 2023 che si intende sostituire, congiuntamente ai profili professionali che si intende assumere nel triennio considerato:

profilo professionale	numero unità
dirigenti medici disciplina malattie infettive	5
dirigente medico disciplina igiene e sanità pubblica	1
dirigente medico disciplina direzione sanitaria	2
dirigente medico radiologo	1
dirigente medico gastroenterologo (tempo determinato)	1
dirigente medico ematologo	1
dirigente medico disciplina anatomia patologica	1
dirigente medico disciplina pneumologia	1
dirigente medico disciplina cardiologia	2
dirigente amministrativo (in sostituzione a tempo determinato/ comando)	2
dirigente professioni sanitarie infermieristiche	1
assistenti sociali	2
assistenti sanitari	2
tecnico di laboratorio biomedico	1
tecnico sanitario di radiologia medica	3
collaboratore amministrativo professionale <u>a tempo indeterminato</u>	4
collaboratore amministrativo professionale <u>a tempo determinato</u>	2
assistente amministrativo	5
coadiutore amministrativo	2
geometra	1
OSS	13

Riguardo al fabbisogno di personale anni 2023-2025 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 (CRRRAIDS)". Lo stesso DCA prevede la completa copertura della dotazione fissata dalla DGR 2550/92 e dalla DGR 992/94 e s.m.i. , e prevede che la "Regione Lazio, per le funzioni assegnate, assicura annualmente, nell'ambito del provvedimento di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale, uno specifico finanziamento all'INMI Spallanzani finalizzato alla copertura dei costi di funzionamento del Centro stesso." Detto DCA istituisce presso l'INMI Il Centro di coordinamento delle attività regionali in tema di AIDS, che vanno a sommarsi a quelle del "Centro Riferimento AIDS-Servizio di epidemiologia delle infezioni emergenti e riemergenti" dell'INMI, con i seguenti compiti:
 - predisposizione di atti per l'attuazione del Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS) - Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome;
 - la raccolta, il controllo di qualità, l'elaborazione e l'archiviazione delle notifiche;
 - l'effettuazione delle valutazioni periodiche e la predisposizione di un rapporto annuale; la comunicazione delle informazioni al Ministero ed all'Istituto Superiore di 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;
- la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 23 marzo 2023 "*Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*" che fornisce "indicazioni metodologiche e operative per la pianificazione, la gestione e la

valutazione delle attività formative”, considerate uno dei principali strumenti per migliorare la qualità dei servizi a cittadini e imprese, e affidate ai dirigenti, per i quali rappresentano un obiettivo di performance, partendo con le competenze digitali, attraverso la piattaforma “*Syllabus, Nuove competenze per le pubbliche amministrazioni*” promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che consente alle Amministrazioni aderenti, di mettere a disposizione per i propri dipendenti una piattaforma on-line con moduli formativi per colmare i gap di conoscenza e per migliorare le competenze per partecipare attivamente alla transizione digitale della PA.

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:

- aggiornamento continuo sulla gestione delle malattie infettive secondo le più recenti indicazioni di pratica clinica e studi scientifici;
- 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 30/11/2023 ai Direttori/Responsabili delle UO/Servizi di area sanitaria la presentazione della scheda di proposta formativa (INMI/FOR/M-01), utilizzata annualmente nello specifico in ambito ECM, per l'acquisizione delle proposte formative ed altresì ha trasmesso ai Direttori/Responsabili delle UO/Servizi di area tecnico-amministrativa, l'invio di proposte formative, 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.

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

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

La documentazione pervenuta viene analizzata in primis dal gruppo di lavoro individuato con nota prot. n.9518 del 17/10/2023, per poi essere sottoposto alla validazione del Comitato Scientifico di Provider, nella seduta di discussione ed approvazione del Piano Formativo Aziendale Annuale delle iniziative rientranti nel Programma di Formazione Continua in Medicina (ECM).

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

Gli attori della formazione

Gli attori della formazione sono:

- il Centro 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.

Attivazione Master Universitari

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

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

Progetti Formativi Regionali

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, valutata l'importanza di omogeneizzare a livello regionale le competenze del personale afferente alle strutture delle

Aziende ed Enti del SSR, ha ritenuto necessario redigere dei piani formativi regionali sui seguenti temi:

- analisi e di gestione dei fabbisogni di personale;
- sala operatoria;
- terapia del dolore e cure palliative;

richiedendo all'Istituto di svolgere funzioni di struttura Capofila dei progetti a supporto della Regione Lazio, per il coordinamento e la gestione delle varie fasi di progettazione, organizzazione, gestione amministrativa e finanziaria dei programmi formativi.

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

Tipologie di formazione e di intervento

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

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

e le seguenti tipologie di intervento formativo:

- Formazione interna: attività formative progettate ed erogate direttamente dall'Istituto, al fine del contenimento della spesa, nel rispetto dell'efficacia dell'azione formativa e della coerenza con gli obiettivi del Piano;

- Formazione mediante incarichi esterni: svolta attraverso la collaborazione esterna di soggetti pubblici e privati che operano nel settore della formazione;
- Formazione a catalogo: attività formative specifiche organizzate all'esterno dell'Istituto da appositi Enti di formazione a cui partecipano i dipendenti di un determinato servizio;

La formazione obbligatoria

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

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

Budget

La consistenza del fondo del Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze (conto economico n.202050594) per l'anno 2024 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 2024 – 2026, 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 2024 – 2026

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.

Nella tabella di seguito riportata, il riepilogo degli interventi formativi che si intendono attuare nel triennio 2024-2026, ove si procederà anche ad una valutazione della eventuale necessità di declinazioni settoriali degli interventi di formazione previsti.

MACRO AREA	PROGETTO FORMATIVO	DESTINATARI
Formazione obbligatoria Sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, Risk Management, Emergenza - Urgenza	Formazione/aggiornamento addetti primo soccorso	addetti individuati
	Formazione/Aggiornamento addetti antincendio	addetti individuati
	Formazione generale e specifica sulla sicurezza sui luoghi di lavoro	neoassunti
	Aggiornamento RLS	addetti individuati dai dirigenti
	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
	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
Formazione e aggiornamento continuo, formazione specialistica	Corsi BLS-D per operatori sanitari e non sanitari	tutti i settori
	Redazione e stesura contratti pubblici ed Ufficiale Rogante	settore Affari Generali
	Aggiornamento contabilità e fiscalità pubblica	settore Bilancio
	Donazioni e fundraising sanitario	vari settori
	Gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca (PNRR, EU, RF, etc)	settore ricerca
	Aggiornamento per operatori di front-office	operatori front office URP, CUP ed altri servizi di front office
	Medical English	vari settori
Formazione e aggiornamento continuo, formazione specialistica	Formazione specialistica necessaria per la realizzazione degli obiettivi delle UU.OO.	vari settori
	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze tecnico-professionali	vari settori

	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze di processo	vari settori
	Formazione/Aggiornamento ECM in ambito sanitario per il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza con acquisizione di conoscenze e competenze di sistema	vari settori
Informatica e Sicurezza reti	Pacchetto Office 365 base e avanzato	tutti i settori
	Cyber Security	tutti i settori interessati
	Corsi finalizzati a migliorare la capacità di utilizzo di software specialistici e piattaforme telematiche in uso presso l'Ente e piattaforme per la gestione dei contratti pubblici in base al nuovo codice degli appalti	tutti i settori interessati
	Competenze Digitali - Syllabus	tutti i settori
Anticorruzione, Accesso Civico, Trasparenza, Privacy, Codice di Comportamento, Codice degli Appalti, Medicina di Genere	Accesso agli atti, accesso civico	Vari settori
	GDPR, Privacy, trattamento e sicurezza dei dati	Tutti i settori
	Anticorruzione e Trasparenza	Tutti i settori, Referenti e RCPT
	Parità di Genere	Tutti i settori
	Medicina di Genere	Vari settori
	RUP e DEC e la Riforma del Codice degli Appalti	tutti i settori
	Partenariato pubblico e privato e project financing	Settore Bilancio, Acquisti, Ufficio tecnico, Controllo di gestione
Gestione Risorse umane	Formazione in materia di previdenza e quiescenza	settore Personale
	Conto Annuale	settore Personale
	CCNL Sanità comparto e dirigenza	settore Personale
	Concorsi ed il reclutamento nella PA	settore Personale
	Lavoro agile	Vari settori
	Il referente della formazione nel contesto aziendale	Vari settori
	Gestione del personale universitario e degli enti di ricerca nei progetti di ricerca	settore Personale, Ricerca

	Gestione e valutazione della performance	settore Personale, Controllo di Gestione
	Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi	settore Personale Affari generali
Comunicazione Manageriale/dirigenziale	Tecniche di comunicazione (public speaking)	vari settori
	Gestione e rendicontazione fondi PNRR	vari settori

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)