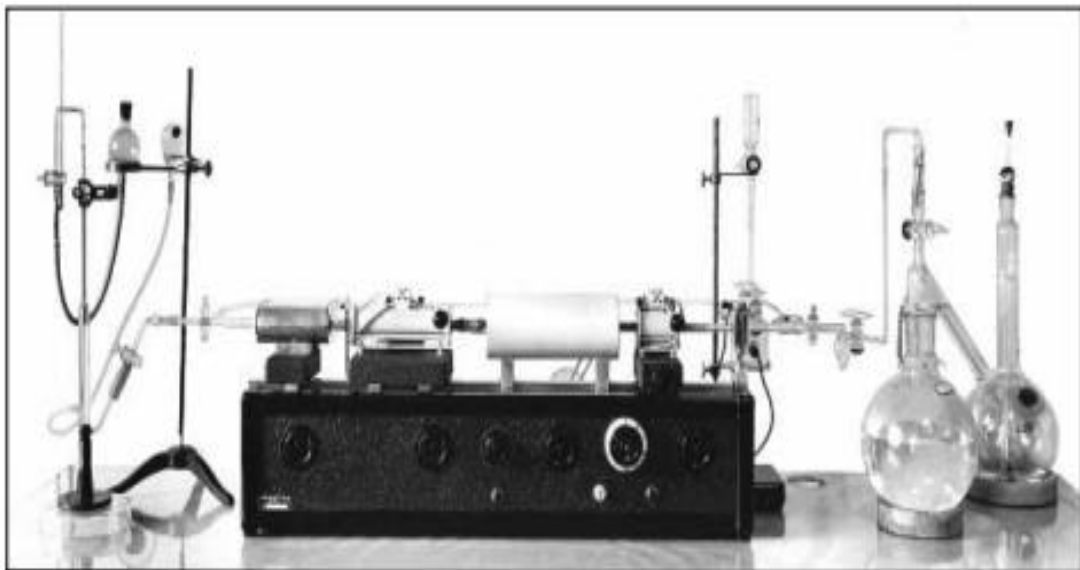




Istituto Superiore di Sanità

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE TRIENNIO 2024-2026



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Sommario

INTRODUZIONE	3
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE. CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, PER CHI LO FACCIAMO	6
1.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO: SCENARIO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE	7
1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	18
1.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA (ORGANIGRAMMA)	18
1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE	20
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	22
2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO	22
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE	27
2.2.1 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE	29
2.2.2 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE	35
2.2.3 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	44
2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	47
2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	53
2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI	55
2.3.3 CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	64
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	121
3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA	121
3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	122
3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	126
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	127
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	131
4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	131
4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	133
SEZIONE 5. AZIONI POSITIVE	135

INTRODUZIONE

Il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 (d'ora in avanti **PIAO**) è stato redatto in attuazione di quanto previsto dall'art 6 comma 1 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con Legge 6 agosto 2021 n.113 ed ulteriormente modificato dall'art. 1 comma 12 del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228 (c.d. decreto “mille proroghe”) convertito con Legge 25 febbraio 2022, n. 15.

E' noto che il PIAO, sia diventato il documento unico di programmazione e *governance* che dal 30 giugno 2022 assorbe i Piani di programmazione preesistenti che le pubbliche amministrazioni avevano l'obbligo di redigere, in particolare confluiscono nel PIAO il Piano dei fabbisogni, il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, il Piano della performance, il Piano di prevenzione della corruzione, il Piano delle azioni positive, il Piano organizzativo del lavoro agile

A ciò si aggiunga da ultimo che:

- con D.M. n. 132 del 30/06/2022, è stato adottato il “*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*”, in cui è stato definito puntualmente il contenuto e le modalità redazionali del PIAO;

- con Nota circolare n. 2/2022, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha diramato ulteriori indicazioni operative in materia di PIAO;

- con Direttiva del 29/11/2023 del Ministero della Pubblica Amministrazione, sono state definite le azioni e le iniziative aventi ad oggetto il “superamento della violenza contro le donne”;

- con D.Lgs. n. 222 del 13/12/2023 sono state adottate disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità;

- con Direttiva del 28 novembre 2023 il Ministero della Pubblica Amministrazione divulga le prime indicazioni operative in materia di “misurazione e valutazione della performance individuale” su cui l'Ente continuerà a lavorare nel corso dell'anno.

Pertanto, ai sensi del citato D.M., si è provveduto alla redazione del presente documento, che, di conseguenza, si articola come segue:

- **Sezione 1.** *Scheda anagrafica dell'Amministrazione* nella quale, oltre al mandato istituzionale, vengono illustrate le principali attività dell'ISS.
- **Sezione 2.** *Valore pubblico, Performance e Anticorruzione*, suddivisa nelle Sottosezioni: “**Valore Pubblico**”, nella quale sono esposti i principi ispiratori delle attività dell'Ente e la visione strategica per il medio e lungo periodo; “**Performance**”, nella quale sono esplicitati gli obiettivi strategici e operativi che l'ISS intende attuare; “**Rischi corruttivi e trasparenza**”, che riporta il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
- **Sezione 3.** *Organizzazione e capitale umano*, suddivisa nelle Sottosezioni: “**Struttura organizzativa**”, “**Organizzazione del lavoro agile**”, “**Piano triennale dei fabbisogni del personale**”.
- **Sezione 4.** *Monitoraggio* nella quale sono stati indicati i soggetti, gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni precedenti.
- **Sezione 5.** *Piano delle Azioni Positive*.

Nel corso del 2023 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato interessato da un periodo di commissariamento resosi necessario nelle more del completamento dell'iter procedurale di nomina del nuovo Presidente, in seguito alla scadenza dell'incarico di Presidente del Prof. Silvio Brusaferrò avvenuta il 29 luglio 2023.

Il Ministro della Salute con proprio decreto datato 11 settembre 2023, ai sensi del combinato disposto dell'art. 2, comma 2, lett. e) del D.lgs. n 106 del 28 giugno 2012 e dell'art. 18 del D.lgs. n. 218 del 25 novembre 2016 aveva individuato quale Commissario straordinario dell'Ente il Prof. Rocco Domenico Alfonso Bellantone in capo al quale, al fine di assicurare continuità dell'attività amministrativa e tecnico-scientifica dell'Istituto, erano stati riconosciuti poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione.

Con nota prot 319 del 10 gennaio 2024 il Ministero della Salute ha successivamente comunicato l'avvenuta registrazione del D.P.C.M. del 19 dicembre 2023 di nomina del Prof. Rocco Domenico Alfonso Bellantone a Presidente dell'ISS.

Il commissariamento dell'Ente aveva di fatto causato la decadenza di tutti gli organi di indirizzo politico e di governo. Successivamente alla recentissima nomina del Presidente si è attivata la procedura di nomina degli Organi Collegiali (Consiglio di Amministrazione e Comitato Scientifico).

Nelle more del perfezionamento di detta procedura di nomina, in osservanza del termine normativo prescritto ed in conformità a quanto disposto all'art. 4, co.3, lett. g del vigente Statuto

dell'Ente, si è ritenuto necessario assicurare l'adozione del PIAO quale principale strumento di programmazione e *governance* dell'Ente.

Diversa considerazione va riservata all'approvazione del Piano Triennale di Attività 2024-26 in considerazione dell'assenza di analoga disposizione statutaria che consenta al Presidente dell'ISS di adottare atti riconducibili alle attribuzioni del Comitato Scientifico dell'Ente nel rispetto delle funzioni consultive di natura tecnico-scientifica.

La strategia del triennio 2024-2026 è stata dunque configurata come il naturale proseguo delle linee di indirizzo contenute nel PTA e nel PIAO del precedente triennio, e tiene conto del *“Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs.n. 28 giugno 2012, n. 106”*, così come aggiornato e modificato con deliberazione n. 1 allegata al verbale n. 24 della seduta del Consiglio di Amministrazione dell'11.04.2018 e, da ultimo, con disposizione commissariale n. 5 del 19 ottobre 2023.

L'ultima modifica nello specifico ha riguardato la riorganizzazione degli uffici amministrativi dell'Ente, con l'obiettivo di favorire una maggiore razionalizzazione degli assetti amministrativi, della finanza pubblica e delle competenze delle due Direzioni Centrali ed altresì di migliorare l'efficienza gestionale dell'Ente, l'efficacia dell'azione amministrativa e la gestione unitaria del personale e dei servizi comuni, anche attraverso misure organizzative di innovazione amministrativa e tecnologica.

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

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Sede	Viale Regina Elena, 299 – CAP 00161 Roma
Ulteriore sede operativa	Via Giano della Bella, 34 – CAP 00161 Roma
Codice Fiscale	80211730587
Presidente	Prof. Rocco Domenico Alfonso BELLANTONE
Direttore Generale	Dott. Andrea PICCIOLI
Personale al 31.12.2023	- 1737 dipendenti a tempo indeterminato - 141 dipendenti a tempo determinato
Comparto di appartenenza	Enti Pubblici di Ricerca di cui al Decreto Legislativo 25 novembre 2016, n. 218
Regolamento di Organizzazione e Funzionamento	https://www.iss.it/-/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivit1
Statuto	https://www.iss.it/-/riferimenti-normativi-su-organizzazione-e-attivit1
PEC	protocollo.centrale@pec.iss.it

1.1 PRESENTAZIONE DELL'ENTE: MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE. CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, PER CHI LO FACCIAMO

L'ISS è l'organo tecnico-scientifico dell'SSN ed EPR vigilato dal Ministero della Salute (DL.vo 218/2016) con autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile.

In coerenza con la sua missione, definita nello Statuto approvato con delibera n.1 del Consiglio di Amministrazione del 26/7/22, l'Istituto promuove e tutela la salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione, formazione e informazione, agendo nell'ambito di grandi macroaree di intervento che coprono tutti i domini della salute pubblica.

Con i suoi oltre 1800 dipendenti (ricercatori, tecnici e personale amministrativo), l'ISS è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica e opera a supporto del Ministero della Salute, delle agenzie (AGENAS, AIFA), degli istituti nazionali (IRCCS, INMP, ecc.), delle Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano e dell'intero SSN, ma anche delle istituzioni nazionali (es. la Presidenza del Consiglio dei Ministri, i ministeri, le diverse istituzioni, le Forze Armate, gli EPR, il sistema giudiziario, ecc.), per informare le politiche sanitarie attraverso la produzione di evidenze scientifiche.

L'Istituto opera per la promozione e la tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso le numerose attività e collaborazioni con le istituzioni internazionali a partire dalla Commissione Europea (con le sue agenzie e articolazioni), la WHO con le sue articolazioni interne e

le sue agenzie, i principali organismi multilaterali, le università, le agenzie e le analoghe istituzioni tecnico-scientifiche di altri Paesi in raccordo con il MAECI.

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

1.2 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO: SCENARIO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE

L'Istituto svolge le proprie attività in un panorama di portata nazionale e internazionale, in coerenza con la sua missione, definita nello Statuto approvato con delibera n.1 del Consiglio di amministrazione del 26/7/22, l'Istituto promuove e tutela la salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione, formazione e informazione, agendo nell'ambito di grandi macroaree di intervento che coprono tutti i domini della salute pubblica.

Con i suoi oltre 1800 dipendenti (ricercatori, tecnici e personale amministrativo), l'ISS è il principale istituto di ricerca italiano nel settore biomedico e della salute pubblica e opera a supporto tecnico scientifico del Ministero della Salute, delle agenzie (AGENAS, AIFA), degli istituti nazionali (INMP, IRCCS, ecc.), delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e dell'intero SSN, ma anche delle istituzioni nazionali (es. la Presidenza del Consiglio dei Ministri, i Ministeri, le diverse istituzioni, le Forze Armate, gli altri DPR, il sistema giudiziario, ecc.).

L'Istituto opera per la promozione e la tutela della salute pubblica anche a livello internazionale attraverso le numerose attività e collaborazioni con le istituzioni internazionali a partire dalla Commissione Europea (con le sue agenzie e articolazioni), la WHO con le sue articolazioni interne globali, regionali e le sue agenzie, i principali organismi multilaterali, le università, le agenzie e le analoghe istituzioni tecnico-scientifiche di altri Paesi in raccordo con il ministero della Salute ed il MAECI.



Finanziamenti e accordi di collaborazione

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



Tra gli stakeholders sopra riportati nel grafico, i principali per l'Istituto, rispetto ai finanziamenti su base competitiva, sono gli enti, agenzie e istituti nazionali e internazionali, tra i quali l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), l'Agenzia Spaziale Italiana (ASI), l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il National Institute of Health (NIH) e l'European Food Safety Authority. Inoltre, un'importante quota dei finanziamenti ottenuti è riferita

alla Commissione Europea, in relazione ai programmi Horizon Europe e EU4H, e al Ministero della Salute, al Ministero dell'Università e della Ricerca e al Ministero degli Affari Esteri.

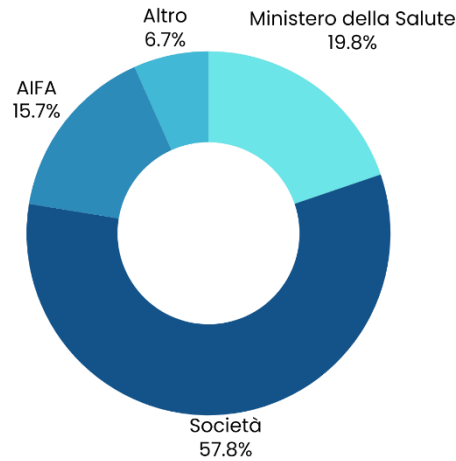
Inoltre, i principali stakeholders con cui l'Istituto stipula accordi di collaborazione sono aziende ospedaliere, asl, enti, agenzie e istituti nazionali e internazionali, oltre alle università nazionali e internazionali.

Attività di monitoraggio, regolazione, controllo, ispezione e consulenza

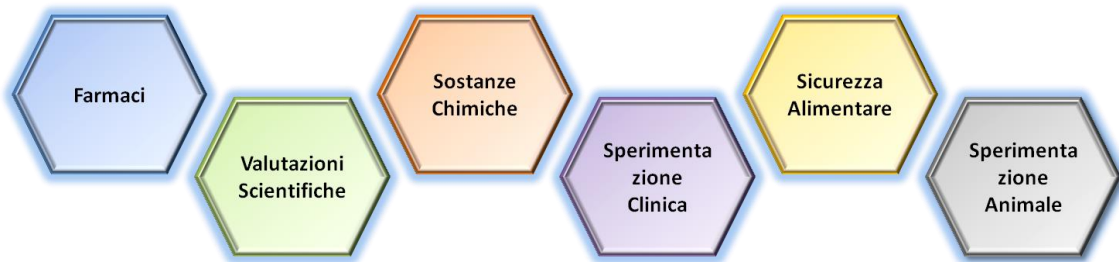
Un altro importante bacino di utenza dell'Istituto è rappresentato dagli *stakeholders* con i quali l'ISS interagisce nell'ambito della propria attività cd. istituzionale (rilascio di certificazioni, pareri, valutazioni, controlli), in riferimento alla quale si nota una presenza più decisa di interazioni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



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

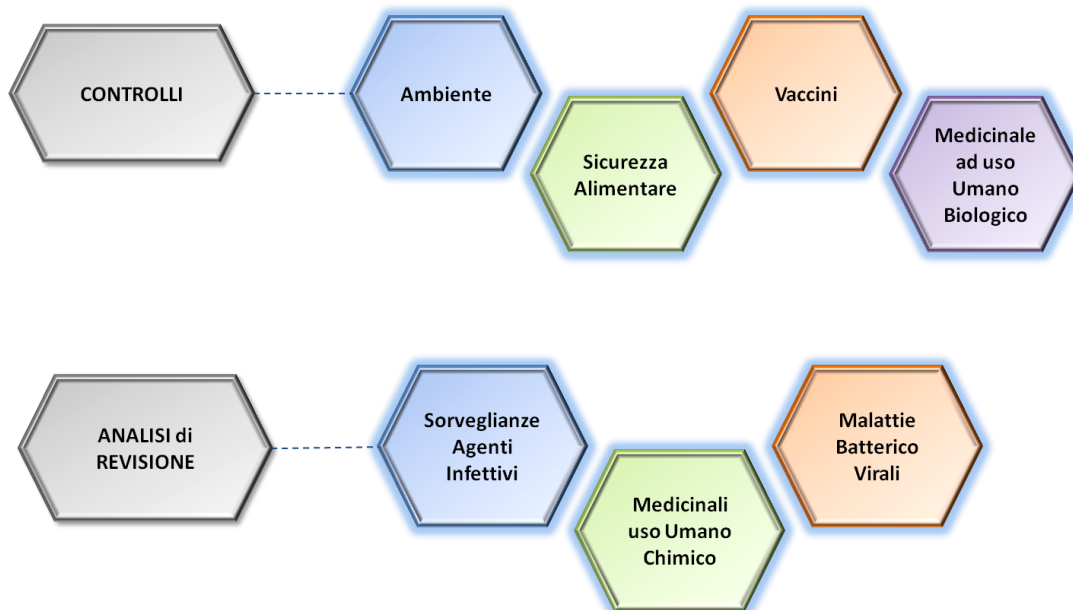


Le richieste che pervengono all'Istituto ogni anno possono essere raggruppate in diverse aree tematiche di appartenenza. Di seguito si riportano le principali macroaree relativamente alle richieste di parere:

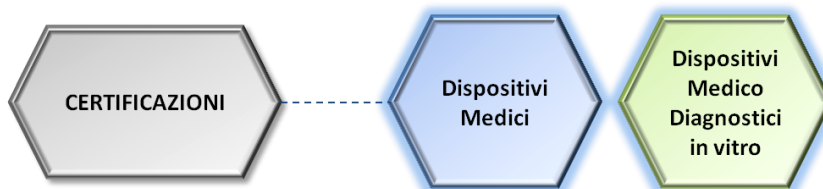


Quantitativamente la tematica su cui l'Istituto emette un maggior numero di pareri è la “*Sperimentazione Animale*” seguita dalla tematica “*Sostanze Chimiche*”.

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



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



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



L'Istituto Superiore di Sanità ha come obiettivo primario la salvaguardia della salute pubblica, operando a livello nazionale e internazionale mediante la partecipazione attiva a strategie di sanità pubblica e ricerca biomedica. L'ISS collabora con regioni, ASL e ospedali, costituendo una rete cruciale per la raccolta di dati utili al monitoraggio sanitario del Paese. Attraverso sistemi di sorveglianza integrati, l'Istituto raccoglie dati su malattie infettive e non infettive, fattori di rischio e interventi innovativi, fornendo informazioni essenziali per decisioni e interventi mirati in sanità pubblica. L'attività di sorveglianza, conforme alle normative comunitarie e nazionali, comprende analisi continue dei dati e la loro disponibilità per coloro

responsabili delle misure nel settore. Oltre alle sorveglianze normate dal DPCM 3/3/2017, l'ISS si impegna in nuovi progetti di sorveglianza o registrazione, collaborando con vari stakeholders nel settore sanitario, dall'assistenza pubblica alle associazioni di pazienti, per affrontare patologie emergenti e innovazioni preventive e assistenziali. Di fatti è importante sottolineare come le interazioni tra l'ISS e altri stakeholders derivino anche dalla gestione di specifici progetti come, ad esempio, quello finanziato dal Ministero della Salute attraverso l'Istituto, relativo al progetto "Rete Italiana per la sorveglianza virologica, il monitoraggio immunologico, la formazione e la ricerca in Preparazione alla gestione delle Emergenze Infettive – R.I.Pr.E.I.". In particolare, tra gli stakeholders che hanno partecipato al bando troviamo: ricercatori che operano presso Università, Enti di Ricerca, Enti del SSN e Sanità militare.

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

iniziativa è volta a garantire l'accesso a dati e informazioni essenziali per affrontare le sfide urgenti legate alla salute, all'ambiente e ai cambiamenti climatici.

Formazione



Nel quadro della promozione della formazione di giovani ricercatrici e ricercatori, l'Istituto Superiore di Sanità svolge un ruolo significativo, offrendo supporto attraverso l'attivazione di borse di studio e finanziamenti sia per dottorandi che per medici in formazione specialistica. Negli ultimi tre anni, si è registrato un notevole incremento dei dottorati svolti presso l'Istituto, con una media di 62 dottorandi presenti, frutto di 16 convenzioni stipulate con importanti Atenei italiani. Questi dottorandi sono distribuiti in 21 diverse strutture dell'ISS, testimoniando una collaborazione diffusa e sinergica con le istituzioni accademiche.

Parallelamente, la stessa dedizione alla formazione è stata estesa ai medici in formazione specialistica. L'Istituto ha sviluppato un format innovativo per agevolare la stipula di accordi con Università e Scuole di specializzazione, portando ad un significativo numero di 50 convenzioni. Queste collaborazioni coinvolgono Scuole di specializzazione distribuite su tutto il territorio italiano, con particolare rilievo nel settore dell'Igiene e Medicina Preventiva.

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



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

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

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



Servizi al cittadino

Un fondamentale stakeholder da considerare è la cittadinanza, più genericamente intesa, con la quale l'Ente interagisce attraverso canali specifici dedicati all'informazione oltre che il rilascio di servizi. Tale rapporto, intensificatosi a seguito della pandemia, rappresenta sempre di più il portatore di interesse per eccellenza verso cui orientare l'offerta di programmi e interventi in grado di rispondere adeguatamente e tempestivamente ai bisogni manifestati.

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

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

Collaborazioni internazionali

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

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

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

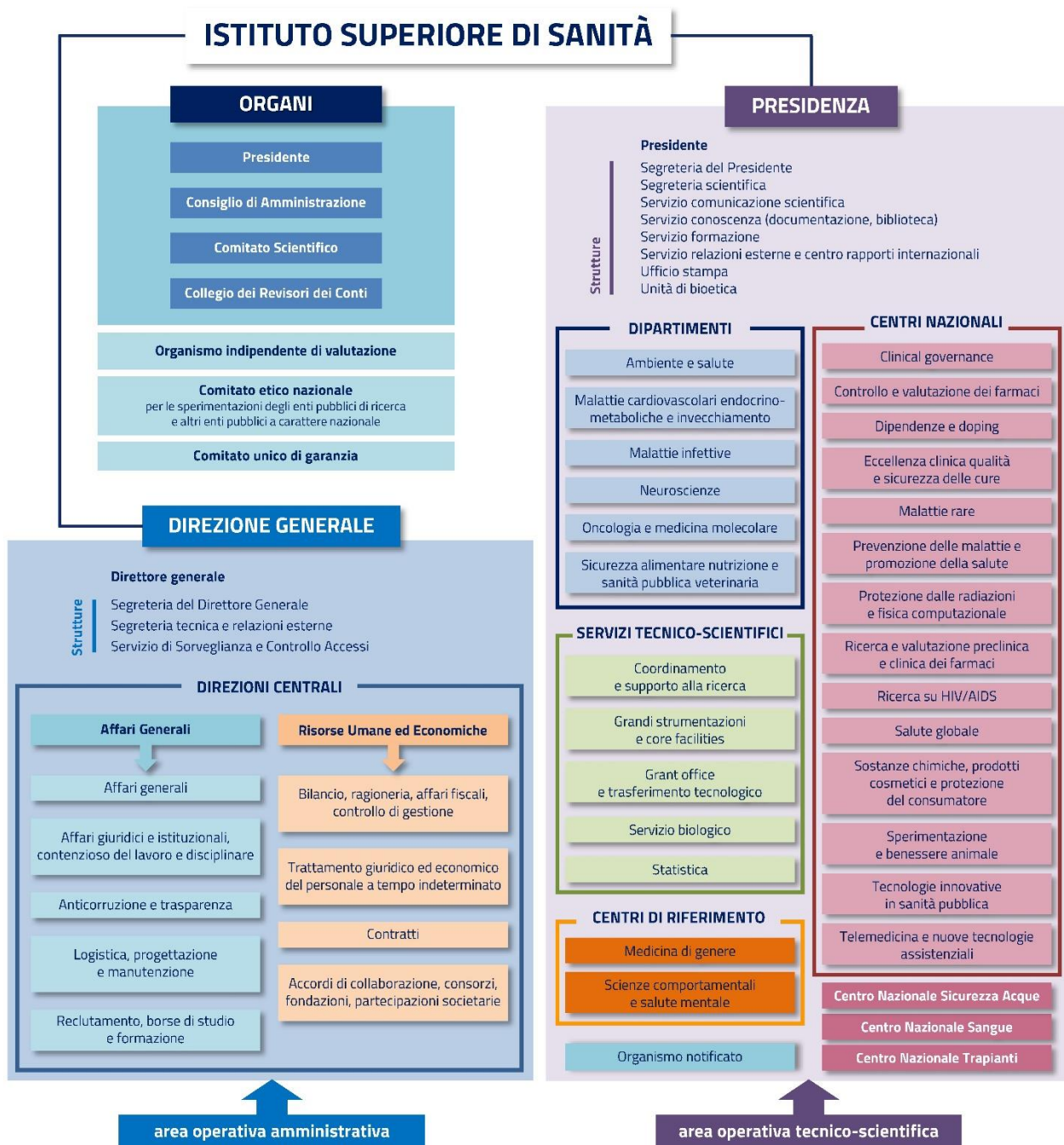


Infine, nell'ambito del Piano Nazionale per gli investimenti Complementari e quindi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), vediamo coinvolto l'ISS sia come una delle 15 Unità Operative del progetto sia come ente di supporto al coordinamento scientifico del Progetto: "Il sistema nazionale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

1.3 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

1.3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA (ORGANIGRAMMA)

L'organizzazione interna dell'ente è rappresentata in sintesi nell'Organigramma ISS. La descrizione dell'intera struttura organizzativa è disponibile alla sezione "Chi siamo" del sito ufficiale (<https://www.iss.it/organigramma>).



Il Presidente ha la rappresentanza legale dell'ISS, promuove lo sviluppo delle attività istituzionali assicurandone l'unità di indirizzo

Il Direttore Generale ha la responsabilità della gestione amministrativa dell'ISS e del governo delle risorse

Sono Organi dell'Ente:

- il Presidente ha funzione di coordinamento complessivo dell'attività dell'Istituto e delle linee di sviluppo e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- il Consiglio di Amministrazione ha un ruolo di indirizzo amministrativo;
- il Comitato Scientifico ha un ruolo di indirizzo e il coordinamento dell'attività scientifica;
- il Collegio dei Revisori dei Conti vigila sull'osservanza delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie, e provvede agli altri compiti a esso demandati dalla normativa vigente, compreso il monitoraggio della spesa pubblica.

L'organizzazione dell'ente prevede 2 aree:

Area Operativa Tecnico Scientifica

Articolata in 6 Dipartimenti, 17 Centri, 2 Centri di riferimento, 1 Organismo Notificato, 5 Servizi tecnico-scientifici. I Dipartimenti e i Centri sono organizzati in reparti.

Area Operativa Amministrativa

Articolata in 2 strutture di livello dirigenziale generale: la Direzione Centrale degli Affari Generali e la Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche. Le Direzioni centrali sono organizzate in Uffici di livello dirigenziale non generale.

La Presidenza lavora in sinergia con la Direzione Generale; entrambe si avvalgono di strutture di supporto.

1.3.2 AMMINISTRAZIONE IN CIFRE

RISORSE UMANE (PRESENTI IN SERVIZIO)

SITUAZIONE DEL PERSONALE ISS IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2023			
PROFILO PROFESSIONALE	livello	UNITÀ a TI	UNITÀ a TD
DIRIGENTE DI RICERCA	I	99	5
1° RICERCATORE	II	246	
RICERCATORE	III	486	73
		831	
DIRIGENTE TECNOLOGO	I	14	
1° TECNOLOGO	II	17	1
TECNOLOGO	III	107	27
		138	
DIRIGENTE I^ FASCIA		2	
DIRIGENTE II^ FASCIA		8	
		10	
FUNZIONARIO DI AMM.NE	IV	30	
	V	31	3
		61	
COLLAB. TECNICO E.R.	IV	129	
	V	125	
	VI	223	20
		477	
COLLAB. DI AMM.NE	V	47	
	VI	27	
	VII	23	1
		97	
OPERATORE TECNICO	VI	24	
	VII	31	
	VIII	68	1
		123	
DIRETTORE GENERALE ISS, Direttore CNT e Direttore CNS			3
DIRIGENTE <i>ex art.15 septies</i> **			7
TOTALE		1737	141

RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

In una logica di programmazione integrata, le risorse finanziarie dell'Ente sono state distribuite in funzione delle sue due principali missioni di Ricerca e di Tutela della Salute per consentire la realizzazione degli obiettivi che l'Ente intende perseguire, oltre a dotare i centri di responsabilità dei budget necessari per consentire l'ammodernamento dell'intera struttura gestionale.

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

Denominazione	Esercizio Finanziario 2024	
	Previsione di Competenza	Previsione di cassa
Missione codice 17 - Ricerca e Innovazione		
0.01 Programma Ricerca per il settore della sanità pubblica COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	148.640.455	197.782.763
Totale Missione 17	148.640.455	197.782.763
Missione codice 20 - Tutela della salute		
0.01 Programma Prevenzione e promozione della salute umana COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	197.817.599	262.480.588
Totale Missione 20	197.817.599	262.480.588
Missione codice 32 - Servizi Istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche		
002 Programma - Indirizzo Politico COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	545.998	739.505
003 Programma -Servizi e affari generali per le Amministrazioni di competenza COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	9.500.373	12.867.387
Totale Missione 32	10.046.372	13.606.892
Missione codice 33 - Fondi da ripartire		
001 Programma Fondi di riserva e speciali COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	60.000	60.000
002 Programma Fondi da assegnare COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	2.057.869	2.057.869
Totale Missione 33	2.117.869	2.117.869
Missione codice 90 - Debiti da finanziamento dell'amministrazione		
001 Programma Rimborso prestiti COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	1.190.589	1.785.884
Totale Missione 90	1.190.589	1.785.884
Missione codice 99 - Servizi per Conto Terzi e Partite di giro		
99.1 Programma Servizi conto terzi e partite di giro COFOG 7.4 - Servizi di sanità pubblica	294.780.000	297.135.893
Totale Missione 99	294.780.000	297.135.893
TOTALE GENERALE DELLE SPESE	654.592.884	774.909.888

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO



Il concetto di Valore Pubblico rappresenta ormai da qualche anno il traguardo a cui deve tendere la gestione dell'Ente al fine della creazione di benessere collettivo. Si assiste a una transizione significativa dal paradigma autoreferenziale, dove la performance era fine a sé stessa, a un approccio finalizzato, dove l'obiettivo primario è la generazione di Valore Pubblico. In questo contesto, l'Istituto si è spinto nella direzione di voler diventare un pilastro nel panorama della sanità pubblica, focalizzato sulla promozione e tutela della salute nazionale e

internazionale attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione. L'Ente si impegna a sviluppare strategie e programmi mirati al miglioramento continuo della salute pubblica, riflettendo gli obiettivi chiave definiti nelle linee guida e nei principi fondamentali della sanità. Il PIAO, come strumento guida per le attività dell'Istituto, non solo si propone di rispondere alle esigenze immediate, ma si colloca come un pilastro solido nella costruzione di un futuro orientato al benessere collettivo.

Durante il triennio in esame, l'Istituto Superiore di Sanità si pone il compito di affrontare sfide dinamiche e mutevoli nel contesto sanitario, fungendo da hub di innovazione, ricerca e servizio per la collettività scientifica e di cittadini. Nel contesto del PIAO 2024-2026, l'Istituto focalizza il suo impegno su iniziative mirate a garantire il massimo supporto alla collettività.

In primo luogo, l'Istituto intende rafforzare le proprie capacità di risposta rispetto alle emergenze sanitarie, traducendo la sua expertise scientifica in azioni concrete che garantiscano tempestività, efficacia ed equità nell'assistenza erogata fornendo sempre al Decisore governativo pareri, dati e documenti basati sulla evidenza scientifica per prendere delle decisioni adeguate per il benessere della popolazione.

L'Istituto intende anche adoperarsi per diffondere la conoscenza scientifica alla comunità, migliorando la salute pubblica attraverso l'educazione e la consapevolezza. Campagne informative, programmi di formazione e la promozione di stili di vita salutari sono parte integrante dell'approccio dell'Istituto per creare un impatto tangibile sulla salute della popolazione.

Al fine di poter generare la creazione di valore nei diversi ambiti è necessario disporre di risorse e strumenti operativi efficaci ed efficienti che permettano di svolgere in modo ottimale le attività dell'Ente; è pertanto fondamentale porre attenzione alla qualità e alla salute delle proprie risorse - umane, economiche, informative, strumentali - per la creazione di valore pubblico.

Il processo di creazione del valore pubblico generato dall'Istituto si basa sui seguenti 3 valori principali:

VALORI

- Valore **ISTITUZIONALE**
- Valore **RELAZIONALE**
- Valore **ORGANIZZATIVO**



Di seguito, viene riportato il collegamento tra i singoli pilastri e gli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda ONU 2030 (Sustainable Development Goals - SDGs), esplicitando le azioni dell'Ente che contribuiscono a tali obiettivi.

CREAZIONE VALORE ISTITUZIONALE

IL NOSTRO IMPEGNO

promozione e tutela della salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, monitoraggio, consulenza, regolazione, formazione e informazione



 <p>SALUTE E BENESSERE</p> <p>Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età tramite la produzione e la divulgazione di conoscenze ed evidenze scientifiche, le attività di monitoraggio dei dati sanitari per consentire decisioni da parte delle istituzioni centrali in materia di Salute e Sanità pubblica</p>	 <p>ISTRUZIONE DI QUALITÀ</p> <p>Fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti tramite l'offerta di programmi di formazione in grado di rispondere adeguatamente e tempestivamente ai bisogni formativi e di aggiornamento delle figure professionali che operano nel settore Salute</p>	 <p>LAVORO DIGNITOSO E CRESCITA ECONOMICA</p> <p>Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti tramite la formazione di studenti e ricercatori che dia vita all'inserimento nel mercato del lavoro</p>
--	--	--

CREAZIONE VALORE RELAZIONALE

IL NOSTRO IMPEGNO

Capacità dell'Organizzazione di creare relazioni con gli stakeholder interni ed esterni con il fine di incrementare il benessere individuale e collettivo attraverso la condivisione dei valori



PARITÀ DI GENERE

Raggiungere l'uguaglianza di genere tramite politiche volte a promuovere l'uguaglianza di genere in tutte le partecipazioni dell'Ente e nell'organizzazione interna



LAVORO DIGNITOSO E CRESCITA ECONOMICA

Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti tramite la formazione di studenti e ricercatori che dia vita all'inserimento nel mercato del lavoro



RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE

Ridurre le disuguaglianze all'interno dei e fra i paesi



CITTÀ E COMUNITÀ SOSTENIBILI

Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili tramite le attività di rilascio pareri sui rischi chimici e ambientali

CREAZIONE VALORE ORGANIZZATIVO

IL NOSTRO IMPEGNO

Insieme delle risorse tangibili e intangibili organizzate al fine di erogare i servizi in modo innovativo e strutturato



SALUTE E BENESSERE

Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età tramite la divulgazione scientifica e il sostegno allo sviluppo della ricerca medica



PARITÀ DI GENERE

Raggiungere l'uguaglianza di genere tramite politiche di volte a promuovere l'uguaglianza sostanziale all'interno dell'Istituto



IMPRESE, INNOVAZIONE E INFRASTRUTTURE

Costruire un'infrastruttura resiliente e promuovere l'innovazione e una industrializzazione equa, responsabile e sostenibile tramite l'impegno a cogliere tutte le opportunità di innovazione e modernizzazione dei servizi a beneficio della comunità

L'Istituto Superiore di Sanità opera su piani d'azione finalizzati a generare valore per la collettività, in stretta coerenza con quanto pianificato nel Piano Triennale delle Attività, come di seguito elencato:

- **Ricerca:** la priorità strategica dell'Istituto Superiore di Sanità consiste nella promozione della ricerca scientifica, fondamentale per la sua missione di tutela della salute pubblica a livello nazionale e internazionale attraverso la produzione e diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche. In linea con questa missione, l'Istituto si impegna a favorire la comunicazione e

lo scambio dei risultati della ricerca, ampliandone la visibilità e l'impatto nella comunità scientifica. Grazie a competenze solide, l'Istituto pubblica annualmente una vasta gamma di articoli in importanti riviste con Impact Factor, garantendo visibilità e riconoscimento nella comunità scientifica. Ciò è reso possibile, in parte, grazie al costante aggiornamento delle attrezzature tecnico-scientifiche nei centri, dipartimenti e laboratori dell'Istituto.

- Monitoraggio: l'ISS dedica uno sforzo significativo all'implementazione e allo sviluppo di sistemi di monitoraggio. Questa iniziativa mira a restituire dati e risultati ai principali stakeholders, fornendo un supporto essenziale per valutare interventi tempestivi in ambito di sanità pubblica, rappresentando così uno degli obiettivi chiave per la creazione di valore pubblico. Le malattie costituiscono un notevole onere socio-economico per cittadini e sistemi sanitari globali. Gli ampi programmi di monitoraggio dell'Istituto, inclusi nel DPCM 3/3/2017 riguardante sorveglianza e registri, sono centrali nella sua attività. Essi si concentrano su tematiche cruciali come l'accesso ai servizi, lo studio di patologie specifiche, l'approccio Life course e l'approccio One Health. Il rischio per la salute delle persone è una grave minaccia alla sicurezza sanitaria globale, ma grazie all'attività di sorveglianza condotta dall'Istituto in stretta collaborazione con gli stakeholders coinvolti, è possibile contenere questa minaccia.
- Regolazione: il consolidamento delle attività di regolazione, valutazione e controllo in settori specifici, volto a preservare la salute pubblica, costituisce una parte essenziale dell'impegno assunto dall'Istituto. Tale impegno si concretizza attraverso la pronta gestione di tutte le richieste provenienti dagli stakeholders e il continuo coordinamento delle reti nazionali dei Laboratori di Controllo e di Riferimento. L'obiettivo centrale di queste azioni è accrescere la sicurezza della popolazione, mitigando i potenziali rischi per la salute umana e generando benefici concreti per l'intera collettività. La missione fondamentale dell'Ente ruota attorno alla promozione della salute, considerata un presupposto essenziale per il benessere individuale, la qualità della vita e la sostenibilità del sistema sanitario.
- Comunicazione: la comunicazione costituisce un elemento centrale e di particolare rilevanza per l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), richiedendo una costante attenzione e investimenti mirati. Un obiettivo prioritario dell'Ente è il rafforzamento della capacità di fornire servizi diretti ai cittadini, alle istituzioni nazionali e internazionali, e a tutti gli stakeholders interessati, al fine di condividere informazioni aggiornate sulle attività dell'Istituto. Oltre al sito internet istituzionale, l'ISS produce diverse pubblicazioni, tra cui notiziari e Rapporti ISTISAN, che veicolano studi, ricerche e protocolli tecnici di rilevanza nazionale e/o internazionale. La missione dell'Ente include altresì lo sviluppo di servizi rivolti ai cittadini, come i telefoni verdi, che negli ultimi anni hanno ampliato le modalità di supporto attraverso

attività di counselling telefonico, il Portale ISSalute, la Biblioteca e il Museo di sanità pubblica. Quest'ultimo costituisce una risorsa preziosa, mettendo a disposizione dei cittadini tutto il materiale divulgativo esposto negli stand delle diverse manifestazioni culturali alle quali l'Istituto partecipa.

- Formazione: l'Ente si impegna con convinzione nello sviluppo di programmi formativi mirati sia agli operatori sanitari che a tutti gli stakeholders coinvolti, al fine di elevare la qualità professionale di coloro che si dedicano alla tutela della salute. L'alta preparazione rappresenta un requisito indispensabile per influire in modo significativo sul successo delle politiche sanitarie, all'interno di una prospettiva di progresso sociale, economico e sanitario sostenibile. La formazione si configura altresì come un elemento cruciale per implementare i vari progetti e piani previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Piano Nazionale Complementare (PNC), contribuendo all'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale e promuovendo salute e benessere nelle comunità locali. Analogamente, vengono affrontati temi quali le competenze chiave, la leadership e la preparazione a livello internazionale.

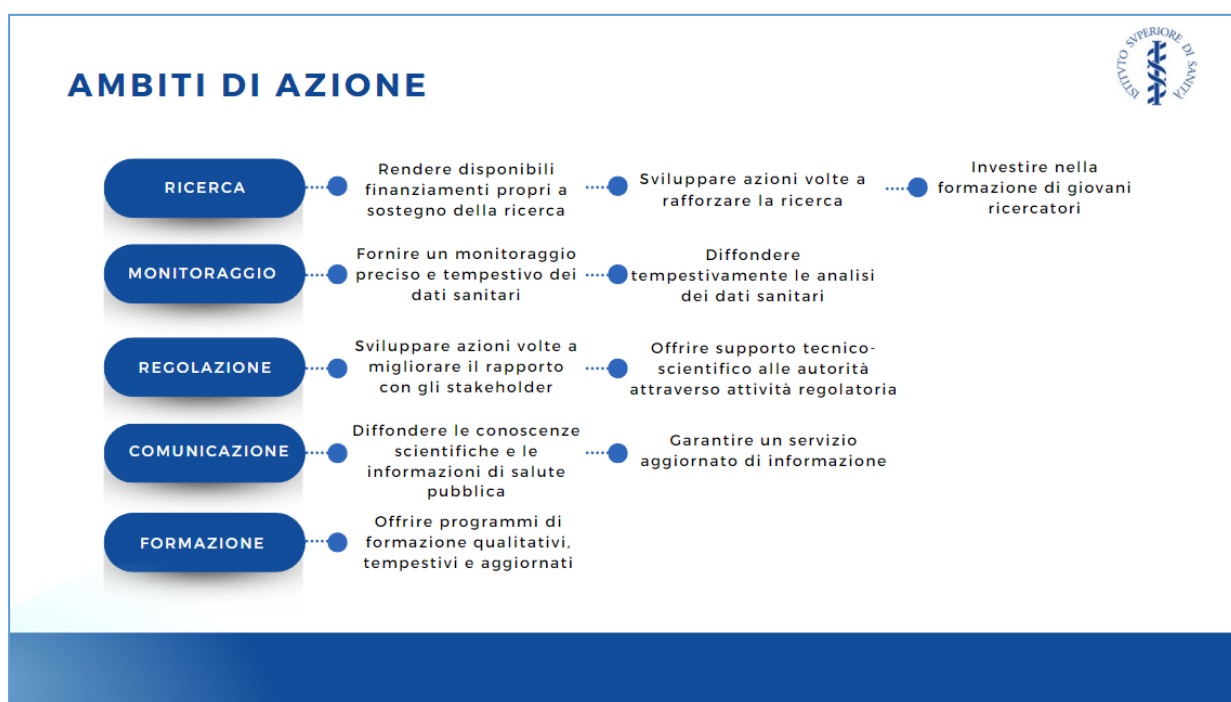
Riveste un'importanza cruciale considerare l'impatto derivante dagli ambiti d'azione sopra delineati, valutando gli effetti sul contesto socio-economico che derivano dalle attività implementate. Tuttavia, misurare l'impatto effettivamente generato può rivelarsi complesso, sia a causa del tempo trascorso tra l'implementazione dell'azione e la manifestazione dell'effetto, sia a causa del controllo parziale dovuto a interazioni di altri soggetti o variabili esterne. La creazione di valore pubblico da parte dell'Istituto si realizza anche attraverso il costante miglioramento del ciclo di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione delle performance, adattato alle risorse finanziarie disponibili. In conclusione, l'orientamento degli obiettivi dell'Ente verso l'impatto sociale, sanitario, gestionale e finanziario non rappresenta più soltanto una risposta adempimentale, ma piuttosto una leva per implementare azioni capaci di posizionare l'Ente all'interno di un sistema in cui la ricerca scientifica, la tutela della salute pubblica e gli scambi di conoscenze con l'esterno si integrano con la crescita economica, la tutela ambientale e la coesione sociale.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE

Il D.Lgs. n. 150 del 2009 in materia di “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, efficienza e trasparenza delle PA” stabilisce che il Ciclo di gestione della Performance delle Pubbliche Amministrazioni inizia con la definizione e l'assegnazione degli obiettivi da perseguire. Partendo dalla



"mission" e dalla "vision" dell'Ente, si individuano le aree di intervento. Per l'Istituto, la pianificazione strategica del triennio 2024-2026, in coerenza con quella precedente, si concretizza attraverso 5 ambiti d'azione dell'Ente, come rappresentato nella figura di seguito:



La performance dell'Ente del triennio 2024-2026, nella definizione degli obiettivi, ha prestato attenzione a quanto previsto nella Direttiva, del 29 novembre 2023, del Ministero della Pubblica Amministrazione in materia di “riconoscimento, prevenzione e superamento della violenza contro le donne in tutte le sue forme” così come a quanto previsto dal D. Lgs. n.222 del 13 dicembre 2023 “Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l’inclusione e l’accessibilità”. Inoltre, in relazione alla performance individuale, nel Sistema di misurazione e valutazione della

performance 2024, recentemente aggiornato, si tiene conto di alcuni elementi, come la valutazione della leadership per i dirigenti, la presenza di momenti di feedback o la definizione di una soglia di punteggio minima, emersi nella Direttiva, del 28 novembre 2023, del Ministero della Pubblica Amministrazione in materia di “misurazione e valutazione della performance individuale” su cui l’Ente continuerà a lavorare nel corso dell’anno.

La Performance 2024-2026 punterà sullo sviluppo delle linee strategiche definite nel triennio precedente orientandosi nel migliorare il proprio supporto alle istituzioni nel fornire una risposta al Paese in termini di tutela della salute pubblica. Internamente, la performance dell’Ente sarà regolata attraverso un processo a cascata, attraverso il quale le singole strutture contribuiranno alla realizzazione della Performance di ente. In questo modo sarà garantita una coerenza tra la vision strategica dell’Ente e gli obiettivi di ogni singola struttura. Di seguito viene riportata una rappresentazione grafica delle 5 fasi principali del Ciclo della Performance:



2.2.1 LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE

La performance triennale mantiene come obiettivo principale il consolidamento del ruolo istituzionale dell'Ente, sia a livello nazionale che internazionale. L'obiettivo è fornire supporto alle autorità decisionali, alle imprese, ai cittadini e alle istituzioni, sia nazionali che internazionali, attraverso partnership virtuose in grado di soddisfare le esigenze legate alla tutela della salute pubblica. L'intera attività dell'Ente è sempre orientata verso la creazione di valore pubblico, mediante la produzione, trasmissione e disponibilità di dati e risultati concreti, accessibili sia ai cittadini che alle istituzioni a livello nazionale e internazionale.

Come già evidenziato, l'azione prospettata per il prossimo triennio si concentra sullo sviluppo annuale delle diverse linee strategiche identificate nel precedente triennio e ritenute fondamentali per l'Istituto. Innanzitutto, si punta alla promozione e al supporto della ricerca scientifica, con iniziative e programmi volti a valorizzare progetti interni del personale dipendente, oltre a porre l'attenzione sulla creazione di opportunità per giovani ricercatori per potenziare lo sviluppo della ricerca in Italia. In parallelo, si mira a fornire supporto nella tutela della salute pubblica attraverso aspetti regolatori e di monitoraggio dei dati sanitari per fornire al Paese informazioni cruciali.

Un'altra linea strategica consiste nel promuovere la corretta e uniforme circolazione delle informazioni legate alla salute pubblica. Al contempo, si intende investire nella formazione del personale sanitario per contribuire all'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, promuovendo la salute e il benessere nelle comunità.

Infine, l'Istituto si impegna a rafforzare azioni e investimenti in ambito gestionale, concentrandosi sulla trasformazione digitale, sull'ammodernamento infrastrutturale e sul benessere organizzativo, contribuendo così alla sua evoluzione complessiva.

Quanto sopra si inserisce nel contesto di partecipazione dell'Istituto allo sviluppo del sistema Paese, anche considerando la partecipazione dell'Ente alla realizzazione degli obiettivi posti all'interno degli interventi proposti in ambito PNRR/PNC da intendersi come propensione dell'Ente ad essere parte attiva della crescita del Paese.

È evidente che si prospettano anni complessi, in cui l'Istituto dovrà, oltre che evolversi, allargare lo sguardo verso nuovi orizzonti e nuovi scenari dettati da contesti diversi dal passato. Lungo questo cammino si metteranno dei mattoni per costruire una sanità al servizio dell'uomo, una ricerca ancora più forte e competitiva e si percorreranno tutti i sentieri della sostenibilità, come da statuto l'obiettivo principale consta nel supportare la custodia e la difesa del Servizio Sanitario Nazionale.

Promozione della Ricerca scientifica

Tra gli intenti fondamentali dell'Istituto, nell'ambito della promozione e della salvaguardia della salute pubblica a livello nazionale e internazionale, si evidenzia l'importante ruolo della ricerca. Attraverso la gestione di interventi volti a supportare la ricerca scientifica anche attraverso la divulgazione di conoscenze e prove scientifiche, l'Istituto offre un sostegno sia a livello decisionale che operativo nell'ambito del contesto sanitario nazionale.

In relazione al triennio 2024-2026, l'Istituto sintetizza tale intervento secondo lo schema di seguito riportato:

OBIETTIVO TRIENNALE	INDICATORE TRIENNALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB. 1 Consolidare la posizione dell'Istituto Superiore di Sanità come ente di riferimento per il sostegno alla ricerca scientifica nazionale e internazionale.	N° iniziative gestite a supporto della ricerca nazionale e internazionale	>= triennio precedente	Area Tecnico Scientifica

L'attività di ricerca dell'Istituto sarà sviluppata con l'intento di coprire tutti i domini della salute pubblica che, a partire dal 2020, è stata riorganizzata identificando sette macro-aree, che si riportano di seguito:



L'Istituto è attivamente impegnato nella ricerca scientifica e intende avanzare nelle iniziative di sviluppo, con un focus sulla promozione dell'internazionalizzazione della ricerca biomedica, al fine di valorizzare l'operato dei ricercatori e stimolare la competitività. Nella continuità con quanto pianificato nel triennio precedente, l'obiettivo primario dell'Istituto è di consolidare l'attività di sviluppo e promozione della ricerca, contribuendo alla produzione e diffusione di conoscenze ed evidenze scientifiche che possano favorire il benessere collettivo. Attraverso investimenti mirati nel campo della ricerca, l'Istituto mira a rafforzare la propria posizione, aspirando a diventare un hub di riferimento per la formazione multidisciplinare di giovani ricercatori italiani e stranieri nel panorama della ricerca.

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

Fin dalla sua fondazione, l'Istituto ha assunto un ruolo di primaria importanza nell'ambito italiano, europeo ed internazionale, specializzandosi nelle attività di regolazione, comprese le funzioni di controllo, valutazione, certificazione e analisi. Risponde prontamente alle richieste istituzionali provenienti da svariate parti interessate, generando impatti significativi su scala territoriale, a livello regionale, nazionale e internazionale. Le sue competenze coprono una vasta gamma di settori, che spaziano dalle patologie trasmissibili all'ambiente, agli alimenti, ai farmaci (sia umani che veterinari), alle tecnologie biomediche e ai sistemi sanitari.

In tale ambito, in continuità con l'obiettivo triennale 2023-2025, il triennio in oggetto sarà caratterizzato dal rafforzamento delle strutture dedicate alle attività di regolazione, valutazioni/pareri e controlli in specifici settori, al fine di tutelare in maniera estesa la salute pubblica.

La decisione di intraprendere tali azioni deriva anche dai significativi risultati che queste attività istituzionali hanno prodotto e continuano a produrre in termini di creazione di valore pubblico. Alcune di queste attività hanno un impatto rilevante sul sistema Paese, come ad esempio le iniziative di regolamentazione in materia ambientale e sanitaria o il contributo al miglioramento della qualità dell'acqua destinata al consumo umano. Per il prossimo triennio, in linea con quanto sviluppato negli scorsi anni, l'Ente si pone l'obiettivo di mantenere la propria posizione di riferimento come Ente autorevole circa l'attività regolatoria, fornendo risposte tempestive alle richieste dei vari stakeholders.

OBIETTIVO TRIENNALE	INDICATORE TRIENNALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB. 2 Potenziamento della capacità delle strutture dell'Ente nell'affrontare e soddisfare le richieste provenienti dagli stakeholders riguardo a regolamentazione, valutazione e controllo per preservare la salute pubblica	Evasione completa delle richieste eleggibili pervenute	100% di capacità di risposta	Area Tecnico Scientifica

Monitoraggio dei dati sanitari

All'interno dell'Istituto sono attivi 48 Sistemi di Sorveglianza e 33 Registri, tra i quali 34 Sistemi di Sorveglianza e 22 Registri di rilevanza nazionale e regionale sono stati assegnati all'Istituto dal DPCM del 3 marzo 2017, designandolo come ente responsabile per la loro istituzione e gestione. Per questi sistemi, l'Istituto gestisce un sistema di raccolta dati continuo, mirato a individuare prontamente tutti i casi di rischio per la salute associati a specifiche malattie o condizioni di rilievo. Tale approccio è finalizzato alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento, alla valutazione e all'attivazione di sistemi di allerta a livello sia nazionale che internazionale.

OBIETTIVO TRIENNALE	INDICATORE TRIENNALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB. 3 Assicurare un processo costante e regolare di raccolta dati per valutare in modo tempestivo gli interventi nel campo della sanità pubblica	N° di report inviati all'amministrazione vigilante	Invio tempestivo del report sul 100% delle sorveglianze	Area Tecnico Scientifica

Sostenere la diffusione di corrette informazioni sanitarie

L'Istituto fornisce direttamente servizi ai cittadini, alle istituzioni nazionali e internazionali, nonché a tutti gli attori interessati. La divulgazione di informazioni al cittadino, che assume un ruolo centrale nei programmi e nelle azioni di salute pubblica, rappresenta un impegno fondamentale per l'Istituto. Tale impegno si traduce nella fornitura di servizi diretti e trasversali, mirati a facilitare la corretta circolazione delle informazioni e a promuoverne un utilizzo consapevole. I servizi rivolti ai cittadini sono strettamente connessi al campo dell'informazione, un settore in continua e rapida evoluzione,

profondamente legato a tecnologie e strumenti emergenti. L'Istituto è determinato a intraprendere un percorso di sviluppo in questo ambito, concentrandosi soprattutto sull'area digitale, editoriale e sull'interazione con i cittadini. Questa iniziativa mira a potenziare il valore degli strumenti di comunicazione, tra cui il sito web istituzionale e il Portale della Conoscenza, un'attività web multimediale finalizzata a comunicare ai cittadini informazioni mediche basate su evidenze scientifiche, al fine di orientarli verso scelte informate. Nel contesto della diffusione della cultura scientifica, l'Istituto offre anche servizi come il museo multimediale, che accoglie non solo eventi di rilevanza particolare, ma anche studenti delle scuole, contribuendo così alla promozione della conoscenza scientifica.

Per il prossimo triennio, l'Istituto intende garantire il miglioramento continuo nell'erogazione di servizi diretti a cittadini, enti ed istituzioni italiane ed internazionali con la volontà di favorire la circolazione delle informazioni e sostenerne il buon uso in modo da poter raggiungere un numero maggiore di fruitori dei servizi offerti.

OBIETTIVO TRIENNALE	INDICATORE TRIENNALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB. 4 Promuovere un costante miglioramento nell'erogazione di servizi rivolti a cittadini, enti e istituzioni sia a livello nazionale che internazionale	N° di fruitori dei servizi offerti ai cittadini legato alla tutela della salute	>=triennio precedente	Area Tecnico Scientifica

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

Nel triennio 2024-2026, l'Istituto proseguirà il proprio impegno nella formazione specialistica degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tra le sue responsabilità figura anche la gestione del programma nazionale di formazione continua su salute, ambiente e cambiamenti climatici, in linea con quanto stabilito dal Piano Nazionale Complementare. Obiettivo portante è quindi garantire una formazione di alta qualità, in grado di rispondere prontamente alle esigenze formative degli esperti della sanità pubblica, contribuendo così al sostegno del sistema Paese con le più recenti evidenze scientifiche.

OBIETTIVO TRIENNALE	INDICATORE TRIENNALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB. 5 Garantire una formazione di qualità agli operatori sanitari, in continua evoluzione e multidisciplinarietà, in grado di rispondere in modo adeguato alle esigenze formative nel contesto della sanità pubblica	Numero di nuovi corsi di formazione continua e ricorrente progettati, organizzati e gestiti in Istituto	>= triennio precedente	Area Tecnico Scientifica

Riorganizzazione e aggiornamento della struttura Organizzativa

Per perseguire con successo gli obiettivi di performance, l'Istituto deve adeguare la propria struttura organizzativa per rispondere alle esigenze di un ente in costante evoluzione. Ciò comporta l'aggiornamento interno, la trasformazione digitale in vari settori (amministrativo, gestionale, di formazione e comunicazione), nonché la modernizzazione delle infrastrutture e delle attrezzature di ricerca. La valorizzazione e l'arruolamento di risorse umane sono altresì cruciali per creare una struttura efficiente, in grado di supportare il raggiungimento degli obiettivi fissati e contribuire alla generazione di valore pubblico, nel pieno rispetto degli standard di sicurezza e del benessere organizzativo.

OBIETTIVO TRIENNALE	INDICATORE TRIENNALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB. 6 Rafforzare la struttura interna al fine di fornire supporto strategico utile al conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa dell'Ente	N. obiettivi annuali raggiunti / N. obiettivi annuali complessivi	almeno 80% degli obiettivi raggiunti	Area Amministrativa

2.2.2 LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

In coerenza con la programmazione triennale 2024-2026, per permetterne l'applicazione, è stata sviluppata la programmazione annuale 2024. La performance annuale dell'Istituto Superiore di Sanità emerge come la pianificazione che coinvolge tutta l'organizzazione nel perseguire gli obiettivi prefissati. In stretta sintonia con la pianificazione strategica triennale, si configura come uno strumento dinamico ed orientato al risultato. Mirando a tradurre la visione a lungo termine dell'Istituto in azioni concrete e misurabili, questa performance annuale si propone di delineare chiaramente le priorità, le iniziative chiave e gli indicatori che guideranno l'Istituto nel suo impegno a promuovere e tutelare la salute pubblica.

Per ciascuno degli obiettivi, sia quelli a lungo termine che quelli annuali, sono stati identificati indicatori che variano tra quantitativi, qualitativi e temporali. Questi indicatori serviranno ad esaminare l'attività svolta e a seguire i progressi compiuti nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Per ciascun obiettivo, è stato definito un target, un valore prestabilito di performance associato a un indicatore specifico. Grazie a un costante monitoraggio, si avrà la possibilità di valutare il conseguimento degli obiettivi e di intervenire tempestivamente in caso di scostamenti rispetto alle aspettative. Questo approccio si fonda sulla consapevolezza che l'Istituto Superiore di Sanità agisce con l'obiettivo di contribuire al benessere collettivo, promuovendo obiettivi in grado di generare valore pubblico e incidere positivamente sul sistema Paese, come si evince anche dalle numerosissime occasioni di collaborazione e condivisione con le Regioni/PA. Infatti, l'Istituto Superiore di Sanità realizza per i vari stakeholders attività di controllo, di diagnosi e di consulenza, nonché le attività di sorveglianza e di conferma diagnostica; effettua e promuove la ricerca evidence-based sui patogeni, sulle risposte dell'ospite umano all'infezione e sulle terapie; gestisce sistemi di sorveglianza e registri, con lo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia e dei suoi trattamenti ed esiti o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita; promuove iniziative mirate a rafforzare la collaborazione tra le varie entità anche attraverso tavoli tecnici per l'implementazione delle sorveglianze; eroga corsi di aggiornamento e formazione avanzata per gli operatori del settore (workshop annuali, corsi, ospitalità in laboratorio, FAD); mette a punto raccomandazioni e procedure sulla diagnostica avanzata (come, ad esempio, l'uso del sequenziamento genomico) e studia la risposta immunitaria alle vaccinazioni, la durata di protezione e l'efficacia. Inoltre, le attività di ricerca sono basate su competenza, differenziazione e integrazione disciplinare, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale ed internazionale, ed integrano

l'approccio bio-medico con quello psico-socio-comportamentale attraverso studi osservazionali rivolti alla popolazione generale ed a target specifici.

In conclusione, la performance annuale dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta un fondamentale strumento operativo nell'implementazione della programmazione triennale 2024-2026. Questa pianificazione dinamica e orientata al risultato, in linea con la visione a lungo termine dell'Istituto, si propone di delineare con chiarezza priorità, iniziative chiave e indicatori, guidando l'Istituto nel perseguire gli obiettivi strategici per promuovere e tutelare la salute pubblica. L'Ente, con il suo impegno continuo nella ricerca, nella sorveglianza, nella formazione e nella collaborazione, persiste nel contribuire attivamente al benessere collettivo, generando valore pubblico e consolidando il suo ruolo di Ente di riferimento nella promozione della salute e nella gestione delle sfide epidemiologiche e sanitarie.

Promozione della ricerca scientifica

OBIETTIVO ANNUALE	INDICATORE ANNUALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB 1.1 Consolidare la posizione dell'Istituto nel supporto alla ricerca scientifica, garantendo lo stanziamento di risorse proprie per promuovere l'eccellenza scientifica	N° iniziative promosse con fondi intramurari destinate al supporto della ricerca	≥ 2023	Area Tecnico Scientifica
OB 1.2 Incentivare la presenza in Istituto di giovani ricercatori in formazione (borse di studio e PhD)	N° di giovani ricercatori presenti nell'anno	>= 2023 (70)	Area Tecnico Scientifica
OB 1.3 Promuovere la produzione scientifica su riviste indicizzate con alto impatto	N° paper pubblicati in riviste del primo decile /N° paper Totali con IF	>= 20%	Area Tecnico Scientifica
OB 1.4 Monitorare lo sviluppo delle pubblicazioni in open access, per garantire l'accesso alle informazioni, anche attraverso l'analisi delle spese di pubblicazione	Messa a punto di un report per la rendicontazione delle spese di pubblicazione in open access	Report al 31/12/2024	Area Tecnico Scientifica e Amministrativa

L'Istituto Superiore di Sanità si impegna a potenziare il proprio ruolo di supporto al sistema Paese attraverso l'incremento degli investimenti nella ricerca scientifica. Questa iniziativa si traduce nella promozione di iniziative di finanziamento attraverso risorse proprie, mediante bandi competitivi che

hanno lo scopo di sostenere progetti pilota e idee innovative, specialmente in ambiti tematici che al momento potrebbero non trovare collocazione in altre fonti di finanziamento disponibili. Un obiettivo di rilievo è altresì quello di sviluppare azioni mirate a fornire un sostegno significativo ai giovani talenti. Ciò si realizza attraverso la gestione e l'erogazione di borse di studio e programmi di dottorato (PhD), con l'obiettivo di mantenere e consolidare la posizione dell'Istituto come centro di formazione di riferimento a livello nazionale e internazionale per giovani ricercatori. In questo modo, l'Istituto si propone di garantire una formazione multidisciplinare di elevato valore, adatta a diversi profili professionali, contribuendo in modo sostanziale all'incremento delle conoscenze all'interno della comunità scientifica. Un elemento fondamentale di questa strategia è l'adozione di politiche orientate all'open access, che facilitano la diffusione e l'accesso alle informazioni scientifiche, promuovendo così una condivisione più ampia e immediata delle conoscenze prodotte.

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

OBIETTIVO ANNUALE	INDICATORE ANNUALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB 2.1 Risposta completa e tempestiva alle richieste di parere, certificazione, valutazione, validazione pervenute dagli stakeholders	N° di richieste evase nell'anno / N° Richieste annuali pervenute	90%	Area Tecnico scientifica
OB 2.2 Mantenere la capacità di riscossione dei crediti derivanti dai servizi prestati agli stakeholders per il rilascio di pareri, certificazioni e controlli	€ riscossi relativi servizi resi a terzi 2024/ € totali da riscuotere relativi ai servizi prestati	> 80%	Area Amministrativa

L'Istituto Superiore di Sanità ha costantemente assunto un ruolo di primo piano sia a livello nazionale che europeo, e attualmente anche a livello extra-europeo, nei settori cruciali di controllo, valutazione, certificazione e analisi. Tale impegno si estende a diverse competenze, compresi aspetti quali patologie trasmissibili, ambiente, alimenti, farmaci (comprese le vaccinazioni umane e veterinarie), sostanze, tecnologie biomediche e sistemi sanitari. La competenza del personale di ricerca dell'ISS si riflette anche in attività ispettive e nella valutazione delle richieste di autorizzazione conformemente alle normative vigenti. Queste attività riguardano vari ambiti, tra cui la sperimentazione clinica dei farmaci, i biocidi, i presidi medico-chirurgici, gli impianti e le operazioni con l'impiego di Microrganismi Geneticamente Modificati (MOGM), nonché la sorveglianza di

esposizioni e intossicazioni da sostanze e prodotti chimici pericolosi. All'interno dell'ISS, operano i laboratori di riferimento nazionali e internazionali, l'organismo notificato e organi quali la Commissione per l'ammissibilità alla Sperimentazione clinica di fase I, che fornisce un parere tecnico-scientifico su tutte le proposte di studi di fase I in Italia, e l'Organismo preposto al Benessere Animale (OPBA), che assicura la tutela del benessere degli animali impiegati in sperimentazioni. Al fine di rispondere in modo esauriente alle richieste di pareri, controlli, valutazioni, certificazioni e analisi provenienti dal Ministero della Salute, enti vigilati, regioni, enti locali e altri portatori d'interesse, l'Istituto svolge annualmente un'importante attività istituzionale a sostegno dell'autorità regolatoria.

In particolare, l'obiettivo per l'anno 2024 è consolidare ulteriormente la capacità di risposta tempestiva, supportata scientificamente, di tutte le richieste pervenute dagli stakeholders e ritenute ammissibili, relative a richieste di pareri, rilascio certificazioni, valutazione e controllo, anche mediante le attività dei laboratori comunitari e nazionali di riferimento. Questo per garantire risultati significativi a beneficio di tutte le parti interessate, contribuendo al corretto funzionamento del settore industriale e alla salvaguardia della salute dei cittadini.

Monitoraggio dei dati sanitari

OBIETTIVO ANNUALE	INDICATORE ANNUALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB 3.1 Offrire alle principali istituzioni nazionali ed europee un sistema di monitoraggio rapido e accurato dei dati sanitari mediante la raccolta e l'analisi tempestiva	N° report tecnici per sistema di sorveglianza / TOT sistemi di sorveglianza gestiti	90%	Area Tecnico scientifica
OB 3.2 Potenziamento della rete di laboratori/centri regionali che collaborano per la acquisizione di dati sanitari, al fine della completezza dei dati sanitari	N° di laboratori / centri partecipanti	≥ 2023	Area Tecnico-Scientifica
OB 3.3 Potenziare, anche attraverso la definizione di programmi/progetto, le attività di supporto tecnico-scientifico dell'Istituto ai processi decisionali ed operativi delle Regioni nel campo della salute umana	Report contenente il numero di programmi /progetti sviluppati a favore di interventi di supporto alle regioni	Entro il 31/12/2024	Area scientifica

In linea con la direzione strategica dell'Istituto per la tutela della salute pubblica, per il 2024 ci si propone come obiettivo principale lo sviluppo delle attività volte a garantire un sistema di monitoraggio caratterizzato dalla prontezza nella raccolta dei dati, dalla completezza delle informazioni fornite e dalla modalità di presentazione e condivisione di tali dati con gli stakeholders. È imperativo che questo processo di disponibilità dei dati avvenga in conformità con il regolamento europeo sulla protezione dei dati personali. L'Istituto assume la responsabilità del monitoraggio continuo della salute pubblica, un'attività di impatto significativo sul sistema pubblico, adottando anche l'approccio One Health, del quale è sostenitore. In questo contesto, l'interazione tra diversi attori nel campo della sanità pubblica è fondamentale, spaziando dalle reti di laboratori per lo sviluppo di tecniche di sorveglianza, alla collaborazione con le Regioni in programmi/progetti. Nell'ambito delle funzioni dei laboratori di sanità pubblica si rileva la collaborazione con i laboratori regionali di riferimento, che consente di realizzare attività diagnostica di riferimento, attività di consulenza scientifica - con condivisione con la rete dei laboratori di riferimento regionale di indicazioni tecniche su metodi e procedure - e attività di rafforzamento della capacità diagnostica e di sorveglianza microbiologica e genomica a livello regionale e locale. Le attività di supporto tecnico-scientifico dell'Istituto nei confronti dei processi decisionali e operativi delle Regioni nel campo della salute umana, insieme al coordinamento di gruppi di lavoro interdisciplinari con le istituzioni centrali, facilitano la definizione di politiche strategiche per la promozione della salute.

Sostenere la diffusione di corrette informazioni sanitarie

OBIETTIVO ANNUALE	INDICATORE ANNUALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB 4.1 Aumentare la visibilità dell'Ente nella collettività anche attraverso la collaborazione con i media e con l'investimento in prodotti di comunicazione, divulgazione e informazione scientifica su temi di interesse pubblico	N° media partnership stipulate per lo sviluppo della comunicazione	almeno 1	Area tecnica scientifica e Area Amministrativa
OB 4.2 Incrementare l'utilizzo dei canali digitali dell'ISS per promuovere e diffondere le iniziative rivolte ai cittadini	N° visitatori sui canali digitali	≥ 2023	Area Amministrativa

L'Istituto, tramite le sue azioni e iniziative, si impegna a sostenere l'immagine dell'Italia a livello globale nel settore della sanità pubblica, fornendo un flusso di informazioni caratterizzato dalla qualità e dalla trasparenza, rivolto a tutti gli interessati. La comunicazione è in costante evoluzione per adattarsi ai vari contenuti da divulgare, alle nuove dinamiche emergenti nei canali comunicativi e agli scenari esterni in continua mutazione. Gli obiettivi per il 2024 si concentrano sul supporto al cittadino attraverso servizi diretti e trasversali, mirando a garantire una circolazione uniforme e accurata delle informazioni. Il sito web istituzionale, i telefoni verdi, il Portale ISSalute, la biblioteca e il Museo di sanità pubblica costituiranno efficaci mezzi di diffusione, insieme all'utilizzo dei mass media, consentendo al cittadino di partecipare attivamente al miglioramento continuo del settore sanitario. La progettazione delle attività di comunicazione si focalizzerà sul potenziamento della comunicazione digitale e sulla comunicazione diretta e in presenza, attraverso servizi come i telefoni verdi, il museo, la biblioteca e i percorsi scolastici. Si terrà costantemente aggiornato sulle dinamiche e le tematiche rilevanti, creando nuovi percorsi dedicati ai cittadini e valutando continuamente la qualità del servizio offerto per individuare eventuali lacune e proposte di assistenza. La digitalizzazione dei flussi informativi è diventata un tema di estrema rilevanza, integrato nella mission dell'ente, che si impegna a ottimizzare i propri siti istituzionali per rendere più efficienti i flussi gestionali e combattere la disinformazione, aspirando a diventare un istantaneo punto di riferimento per il cittadino.

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

OBIETTIVO ANNUALE	INDICATORE ANNUALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB 5.1 Garantire la realizzazione del Piano di Formazione annuale dell'Istituto rivolto al personale del SSN	% realizzazione della programmazione	almeno il 90%	Area Tecnico Scientifica

Attualmente, l'Istituto Superiore di Sanità riveste un ruolo di grande rilievo nell'ambito dell'offerta formativa in salute pubblica, un filone dedicato che si è progressivamente ampliato. Questa offerta non solo è indirizzata al personale sanitario e socio-sanitario, ma si estende anche al personale coinvolto nella tutela dell'ambiente, agli operatori scolastici e intende includere anche i cittadini, partendo dalle figure dei "pazienti esperti". L'ISS propone diversi formati di formazione, tra cui corsi in presenza, formazione a distanza (FAD), formati misti e attività sul campo. Considerando la diversità degli utenti, l'ISS coinvolge esperti provenienti non solo dagli ambiti regionali e nazionali,

ma anche dall'Unione Europea e dall'ambito internazionale. Questi esperti, coordinati dall'ISS, contribuiscono alla produzione di materiali formativi in linea con le metodologie didattiche adottate. La formazione rappresenta uno degli aspetti centrali delle attività condotte dall'Istituto a livello trasversale. Attraverso le sue piattaforme, l'Ente si impegna a sostenere i professionisti del settore sanitario. L'esperienza acquisita durante la pandemia da SARS-CoV-2, specialmente attraverso la formazione a distanza (FAD) e la formazione ibrida, ha confermato l'efficacia dei modelli sviluppati dall'Istituto. In particolare, tali modelli hanno dimostrato di poter raggiungere decine di migliaia di professionisti in ogni parte del Paese e, potenzialmente, in tutto il mondo.

Riorganizzazione e aggiornamento della struttura Organizzativa

OBIETTIVO ANNUALE	INDICATORE ANNUALE	TARGET	STRUTTURE COINVOLTE
OB 6.1 Responsabilizzare le strutture interne all'Istituto alla collaborazione con il RPCT per gli adempimenti in materia di anticorruzione e sugli obblighi di pubblicazione e trasparenza	N° strutture che hanno partecipato alle varie fasi del processo di gestione del rischio corruttivo/N° tot strutture	Almeno 80%	Area Amministrativa
	Report del Responsabile della Pubblicazione di monitoraggio sul grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Entro il 31/12/2024	Area Amministrativa
OB 6.2 Sensibilizzare il personale sui temi delle pari opportunità, il contrasto alla violenza di genere ed all'inclusione attraverso specifiche iniziative	Report attività CUG	Entro il 31/12/2024	Area Amministrativa e Area Scientifica
OB 6.3 Adozione di nuovi applicativi informatici integrati, al fine di ottimizzare i processi di transizione digitale dell'Ente	N° di applicativi adottati	Almeno 2 processi integrati	Area Amministrativa
OB 6.4 Realizzare il programma di formazione del personale dipendente	Realizzazione del Piano di Formazione	almeno il 70%	Area Amministrativa

OB 6.5	Sviluppo di strumenti tecnico-contabili volti al miglioramento della programmazione dell'Ente	n° di report prodotti per il supporto alle decisioni della Direzione Generale	almeno 1 report di monitoraggio tecnico-contabile	Area amministrativa
OB 6.6	Monitoraggio e analisi inerenti all'andamento della gestione attraverso il telelavoro e il lavoro agile	Predisposizione di un report per il supporto alle decisioni della Direzione Generale	entro il 31 dicembre	Area Amministrativa
OB 6.7	Elaborazione di una policy interna in materia di piattaforme digitali in supporto all'attività tecnico-scientifica e di ricerca	% di strutture che hanno recepito la policy	almeno il 75%	Area Amministrativa e Area Scientifica
OB 6.8	Sviluppare azioni per garantire il benessere organizzativo del personale dell'Istituto	N. di iniziative sviluppate per il benessere organizzativo dell'Ente	Almeno 1 iniziativa	Area Amministrativa
OB 6.9	Attuazione della prima annualità delle programmazioni triennali previste dall'Istituto quale centrale di committenza, per valutare l'efficienza dell'Ente nell'uso di strumenti di programmazione	% di realizzazione dell'annualità 2024 delle programmazioni triennali previste dall'Istituto in qualità di centrale di committenza	Almeno il 75%	Area amministrativa

L'Istituto per il 2024 si prefigge di rafforzare la struttura organizzativa per sviluppare iniziative atte a migliorare l'efficienza complessiva dell'Ente, al fine di conseguire con successo gli obiettivi di performance stabiliti. Continuando nel solco della promozione delle pari opportunità, l'Istituto dedica particolare attenzione alla tematica di genere, puntando a creare un ambiente lavorativo che promuova il benessere organizzativo e rispetti la diversità. In questa prospettiva, si prevede un impegno mirato alla trasparenza e all'equilibrio di genere, con l'analisi e la programmazione di iniziative finalizzate al benessere organizzativo. Allo stesso tempo, l'Istituto si propone di affrontare tematiche come la prevenzione di fenomeni corruttivi e lo sviluppo del lavoro agile, considerato non solo uno strumento per il benessere organizzativo, ma anche un mezzo per incrementare la produttività complessiva dell'Ente.

In particolare, gli obiettivi annuali sono legati prevalentemente all'efficientamento gestionale della struttura in termini di transizione digitale. La governance del processo complesso di transizione digitale si esplicita prevalentemente sotto forma di regia e coordinamento delle attività che insistono sia sull'area operativo-amministrativa che su quella tecnico-scientifica dell'Ente. Nello specifico, è

necessario che le singole attività siano inserite in un approccio olistico al fine di evitare ridondanze e sprechi, assicurando al contempo una semplificazione del lavoro per un utilizzo maggiormente consapevole e diffuso della tecnologia al servizio della ricerca e dell'amministrazione.

La transizione digitale, infatti, ha tra i suoi obiettivi sia quello di un efficientamento virtuoso della spesa IT attraverso la razionalizzazione di processi e procedure, sia quello di rappresentare, in una realtà come l'Istituto, un valido e costante supporto alle attività di rilevanza scientifica.

In tale ottica si renderà necessario valutare l'adozione di nuovi applicativi informatici nel tessuto lavorativo quotidiano dell'Ente, volti a garantire una migliore integrazione tra i diversi servizi con l'adozione di modelli caratterizzati da una spiccata interoperabilità.

Nell'ottica dei principi di razionalizzazione ed efficientamento, sarà parimenti necessaria la predisposizione di una policy dell'amministrazione relativa alle piattaforme digitali, che allo stato attuale presentano uno scenario caratterizzato da elementi di frammentazione e disomogeneità. L'aspetto informatico, considerato un asset fondamentale, deve essere infatti uno strumento di facile acquisizione e gestione a supporto dell'area operativa tecnico-scientifica.

Tali azioni, tra le altre, contribuiranno a collocare la tecnologia al servizio del core business dell'Istituto Superiore di Sanità, assicurando tempi e risorse adeguati al dinamismo proprio dell'Ente, con il fine ultimo di attestarne sempre più le caratteristiche di eccellenza a servizio della sanità pubblica.

In ultimo, ma di certo non meno significativo, l'Istituto si propone l'obiettivo di implementare una formazione attentamente pianificata per il suo personale. Tale iniziativa si inserisce nella volontà di continuare a sviluppare le competenze individuali, riconosciute come una leva essenziale e imprescindibile. Questo approccio è fondamentale per perseguire la mission dell'Istituto come ente di riferimento nel promuovere il benessere della salute pubblica.

2.2.3 DALLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La valutazione della performance individuale, come indicato nell'articolo 9 del decreto legislativo 150/2009, si focalizza sugli esiti ottenuti e sui comportamenti adottati dall'individuo all'interno dell'organizzazione. In altri termini, si tratta del contributo fornito da ciascun membro al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione. Le difficoltà nell'attuare un confronto con le OO.SS. per quanto riguarda l'estensione della valutazione della performance individuale a tutti i dipendenti dell'Istituto sono state alimentate anche dall'impatto delle disposizioni specifiche del decreto legislativo n. 218/2016 rispetto a quelle più generali del decreto legislativo 150/2009. Nel contesto delle sfide particolari associate alla valutazione della performance per il personale di ricerca, soprattutto per i livelli I-III, a causa delle criticità complesse e della mancanza di un quadro regolatorio uniforme, si è scelto di limitare la valutazione individuale al personale dirigenziale e a tutto il personale dei livelli IV-VIII, indipendentemente dalla struttura di appartenenza. Nonostante la consapevolezza dell'importanza di un sistema unificato per la programmazione, la misurazione e il controllo delle prestazioni per tutti gli EPR, non è stato possibile definire criteri generali per estendere la valutazione delle prestazioni professionali al personale tecnologo e ricercatore.

Il 2023 ha visto impegnata l'amministrazione nel processo di aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione; preliminarmente si è concluso il confronto per la contrattazione integrativa accessoria del personale dei livelli, alla cui definizione è subordinato l'accoglimento positivo anche dell'aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Le modalità di misurazione e di valutazione della performance individuale sono compiutamente descritte nell'ambito del Sistema di misurazione e valutazione della performance, nel quale sono descritti i soggetti della valutazione (valutati e valutatori), il sistema adottato dall'Ente, le modalità ed i criteri di valutazione differenziati in funzione del ruolo ricoperto. Il documento integrale, cui si rinvia per gli approfondimenti, è disponibile nella sezione del sito Amministrazione Trasparente dell'Ente.

La performance individuale dei dirigenti sarà principalmente basata sui risultati ottenuti dall'unità organizzativa che essi "guidano", in conformità con quanto programmato. Ciò considerando che il ruolo principale di un dirigente consiste nell'orientare, coordinare, pianificare e monitorare le diverse fasi delle attività, al fine di agevolare il raggiungimento degli obiettivi definiti durante la fase di pianificazione.

GLI OBIETTIVI DEL DIRETTORE GENERALE

Il Consiglio di amministrazione assegnerà gli obiettivi al Direttore Generale che dovranno essere raggiunti nel corso dell'annualità. Relativamente agli obiettivi di performance 2023, che verranno meglio declinati nell'apposita relazione del Direttore Generale, nella citata annualità si annoverano obiettivi in ambito scientifico nella creazione di reti strategiche per il valore pubblico, quali il coordinamento del sottogruppo "Società scientifiche cliniche, università e ricerca – standard organizzativi e tecnologici" in seno al "Tavolo tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del regolamento dell'assistenza ospedaliera (DM 70/2015) e dall'attuazione del regolamento dell'assistenza territoriale (DM 77/2022)"; obiettivi sullo sviluppo di attività per il mantenimento dell'efficienza dell'Ente; obiettivi in materia di digitalizzazione e di formazione del personale.

L'ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI AI DIRETTORI CENTRALI

A sua volta, il Direttore Generale, entro il primo trimestre del 2024, procederà con l'assegnazione degli obiettivi individuali ai Direttori Centrali, i quali incaricheranno i dirigenti di II fascia sotto la loro diretta competenza dei rispettivi obiettivi individuali. Gli obiettivi individuali della dirigenza si concentreranno principalmente sulla promozione di iniziative volte a implementare le politiche di valorizzazione del personale dipendente, sottolineando l'importanza di un ambiente di lavoro favorevole e orientato al benessere organizzativo. In aggiunta, si prevede un impegno nella promozione di azioni preventive e di attenzione mirate a migliorare il benessere complessivo dell'organizzazione. La dirigenza sarà concentrata sulla supervisione dell'attuazione di strategie di digitalizzazione, con l'obiettivo di rendere più efficienti e migliorare continuamente le operazioni dell'istituto. Un altro filone chiave consisterà nel vigilare sull'efficace e tempestiva implementazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, assicurando un allineamento preciso con le direttive istituzionali. La promozione di una comunicazione interna efficace, tempestiva e inequivocabile sarà un focus centrale, contribuendo a mantenere un flusso di informazioni coeso all'interno dell'Istituto, così come gestire in modo strutturato ed efficace le relazioni con gli stakeholders, garantendo una collaborazione sinergica e proficua con le parti interessate. Questi obiettivi, nel loro complesso, mirano a potenziare la performance complessiva dell'Ente.

Per quanto concerne il personale dei livelli IV-VIII, non saranno definiti obiettivi individuali specifici. Tuttavia, verrà valutato il contributo fornito dai dipendenti alla quota di performance organizzativa assegnata all'unità organizzativa di appartenenza, insieme al livello di comportamenti attesi.

L'obiettivo principale della valutazione della performance individuale è di valorizzare il ruolo dei dipendenti, promuovere la loro crescita professionale e responsabilizzare tutti i livelli di personale nell'ambito del conseguimento degli obiettivi dell'Ente. La performance individuale sarà uno strumento chiave per riconoscere e incentivare il contributo positivo dei dipendenti, consolidando così l'efficacia complessiva dell'organizzazione.

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

ACRONIMI

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

DEFINIZIONI

Campionamento ragionato	Tecnica di campionamento utilizzata per il monitoraggio di II livello sull'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo
Contesto esterno	Insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale, che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca
Contesto interno	Organizzazione interna e gestione operativa di una organizzazione
Evento corruttivo	Insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente
Mappatura dei processi	Individuazione ed analisi dei processi organizzativi
Misurazione del rischio	Valutazione del livello di rischio
<i>Pantouflage</i>	Divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.
Patto di integrità	Accordi tra una stazione appaltante e i fornitori che partecipano ad una gara o ad una qualunque procedura di affidamento. Le parti si impegnano reciprocamente a conformare i loro comportamenti alla lealtà, trasparenza e correttezza.
Piano integrato di attività e organizzazione	Documento programmatico previsto dall'art. 6, comma 1 del Decreto Legislativo n. 80 del 09/06/2021 con il quale è stata prevista l'integrazione dei piani programmatici delle PPAA
Rischio corruttivo	Possibilità che si verifichi un evento corruttivo
Rischio corruttivo Inerente	Entità del rischio di un evento corruttivo prima dell'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.
Rischio corruttivo Residuo	Entità del rischio corruttivo dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.
<i>Stakeholder</i>	Soggetti, individui od organizzazioni, il cui interesse è negativamente o positivamente influenzato dal risultato della attività di una organizzazione (in questo documento l'ISS)
<i>Whistleblower</i>	Chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza.
<i>Whistleblowing</i>	Procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il <i>whistleblower</i> .

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Legge 6 novembre 2012 n. 190	Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione.
Regolamento UE 2016/679	Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)
Decreto legislativo numero 33 del 2013	Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 39 del 2013	Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Decreto legislativo numero 97 del 2016	Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 165 del 2001	Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.
Decreto legislativo numero 150 del 2009	Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo numero 75 del 2017	Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.
Decreto del Commissario Straordinario n. 40/2023 del 20/11/2023	Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, così come derivante dalle modifiche intervenute al testo originario di cui al Decreto del Ministro della Salute 2 marzo 2016
Decreto legislativo numero 218 del 25/11/2016	Semplificazione delle attività degli enti pubblici di ricerca ai sensi dell'articolo 13 della legge 7 agosto 2015, n. 124.

Decreto Legge n. 80 del 09/06/2021 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113/2021	Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia
D.P.R. 24/06/2022 n. 81	Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione.
Decreto Legge 30/04/2022, n. 36	Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
D.M. 30/06/2022 n. 132	Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione
D.P.R. 13/06/2023 n. 81	Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: « <i>Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165</i> ».

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

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

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

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

¹ Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, art. 3

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

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;*
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;*
- 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;*
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;*
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;*
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;*
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d. lgs. n. 33 del 2013...”*

Costituiscono - altresì - base ineludibile per la adozione della presente sezione del PIAO i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) che si sono succeduti nel corso del tempo e che sono stati adottati dalla Autorità Anticorruzione (ANAC); in modo particolare si è tenuto conto di quanto contenuto nel PNA 2022, uniformandosi alle relative previsioni.

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

Nella prima parte sono indicati:

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

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

Infine sono rappresentate le fasi di consultazione e comunicazione.

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

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

2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni di natura trasversale per la creazione del Valore Pubblico e per la realizzazione della missione istituzionale dell'Ente.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, di fatto, a generare e proteggere il Valore Pubblico, orientando correttamente l'azione amministrativa.

L'obiettivo più generale della creazione di Valore Pubblico è poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. Infatti, pur nella logica di integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi di anticorruzione e trasparenza mantengono anche una propria valenza autonoma come contenuto fondamentale della politica di prevenzione dell'Ente.

Come noto l'organo di indirizzo dell'ISS contempla nelle proprie linee strategiche contenute nel Piano Triennale di Attività, gli obiettivi relativi alla gestione della prevenzione e della corruzione e trasparenza.

Il Commissariamento dell'Ente ha di fatto causato la decadenza di tutti gli organi; si è pertanto provveduto, nelle more della nomina dei nuovi organi di indirizzo, a orientare la programmazione agendo a scorrimento sulla base di quanto già contenuto nel Piano Triennale di Attività 2023-2025 e riportato nel PIAO 2023-25.

Nel Piano Triennale di Attività 2023-2025 erano stati previsti n.2 obiettivi di anticorruzione e trasparenza con valenza triennale e n. 4 obiettivi con valenza annuale. Gli stessi erano stati riportati nella sezione Anticorruzione del PIAO 2023-2025 come base di partenza della programmazione della politica anticorruzione del triennio.

In considerazione delle risultanze del monitoraggio effettuato sul precedente ciclo di gestione del rischio corruttivo, e nelle more di emanazione del PTA 2024-26, si ritiene di mantenere gli obiettivi triennali così come rappresentati nel precedente PIAO e di prevedere, per un obiettivo annuale già pienamente raggiunto nel corso del 2023, un avanzamento in termini di miglioramento progressivo.

Di seguito si rappresentano gli obiettivi con valenza nel triennio 2024-26:

Obiettivo n.1 - Titolo: Anticorruzione. Programma di formazione costante generale e specifica in materia di anticorruzione e trasparenza.

Descrizione: Previsione, nel più ampio programma di formazione dell'Ente, di specifica formazione in materia di anticorruzione e trasparenza al fine di innalzare il livello di conoscenze di temi quali l'etica e la legalità dei dipendenti dell'ISS.

Durata: triennale

Obiettivo n. 2 - Titolo: Anticorruzione. Attività di regolazione interna in materia di accesso civico semplice e generalizzato (c.d. FOIA) rispettivamente ex art. 5, commi 1 e 2, del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i.

Descrizione: Partendo dalle risultanze dell'attività di supporto giuridico nella fase istruttoria delle istanze di accesso e sorveglianza sui riscontri da fornire entro i termini di legge effettuata a cura dell'Ufficio Dirigenziale competente nel corso del 2023, al fine di evitare la generazione di contenzioso dovuto alla mancata/non congrua risposta alle istanze, elaborazione di un disciplinare interno per la corretta gestione del flusso documentale scaturente dalle richieste di accesso civico, semplice e generalizzato.

Durata: annuale

Obiettivo n. 3 - Titolo: Anticorruzione. Implementazione delle attività di comunicazione interna tra RPCT e Referenti Anticorruzione

Descrizione: Nelle sessioni di compilazione dei dati relativi alle fasi di Riesame del Ciclo di Gestione del Rischio e Monitoraggio di I e II livello sull'applicazione delle misure di contenimento saranno assicurate delle giornate di affiancamento dedicate per le quali sarà riservata un'aula con la presenza fissa del personale della Struttura di supporto al RPCT.

Durata: triennale

Integrazione tra Obiettivi Anticorruzione e Performance

Il Legislatore ha più volte sottolineato la necessità di un collegamento tra anticorruzione e performance da attuare attraverso la previsione di specifici obiettivi anticorruzione da inserire nella programmazione strategico-gestionale.

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

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

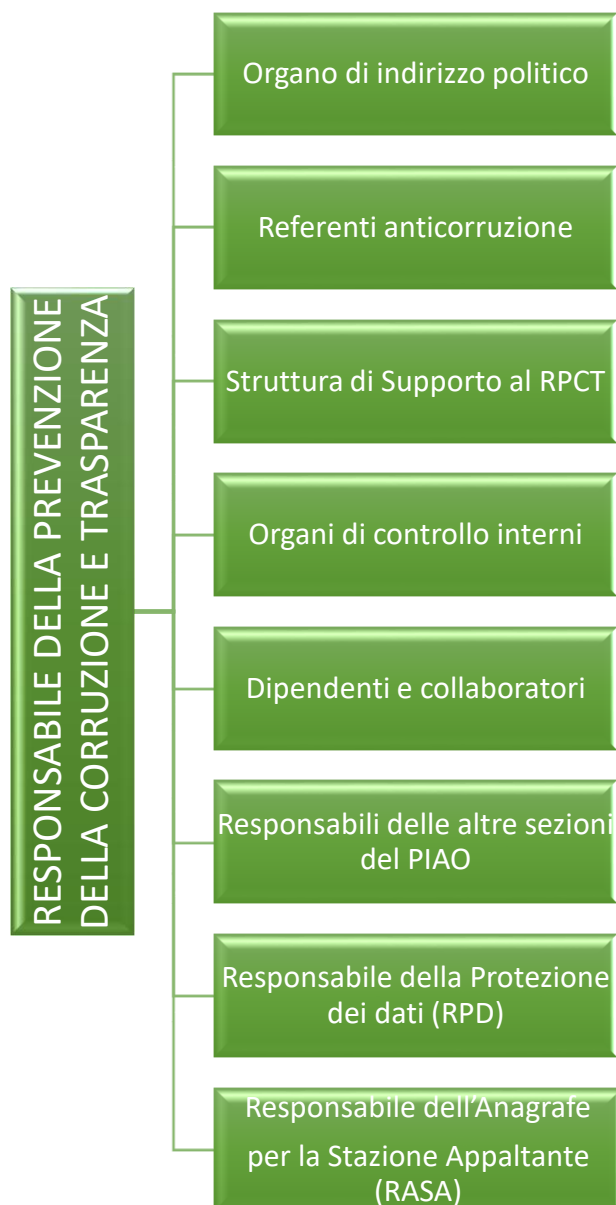
Il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 definisce inoltre che “...*alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance e nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate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

Premesso quanto sopra evidenziato, si propone per l'anno 2024 il seguente obiettivo di performance:

- responsabilizzare le strutture interne all'Istituto alla collaborazione con il RPCT per gli adempimenti in materia di anticorruzione e sugli obblighi di pubblicazione e trasparenza .

2.3.2 SOGGETTI COINVOLTI

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



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

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

Coerentemente con le indicazioni dell'ANAC, è stata creata in ISS una rete di collaborazione nell'ambito della quale il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento delle attività di prevenzione del rischio di corruzione.

Con la creazione della rete di collaborazione si è attuato un sistema che mira al coinvolgimento e alla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano all'adozione e all'attuazione delle misure di prevenzione.

La rete di collaborazione risponde all'esigenza di perseguire un'efficace condotta di prevenzione della corruzione attraverso un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione inteso anche come perseguimento dell'obiettivo generale di Valore Pubblico.

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA (RPCT)

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT) è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190. Il d.lgs. n. 97/2016 ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della Trasparenza.

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

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

In base alle previsioni normative il RPCT deve:

- Propone all'Organo di indirizzo la sezione Anticorruzione e trasparenza nel PIAO;
- Vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- Segnalare all'Organo di Indirizzo ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Redigere la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel Piano Anticorruzione;
- Provvede ad intrattenere i rapporti con l'O.I.V. in relazione alle competenze assegnate dal D.lgs. 97/2016 a cui trasmette annualmente la relazione sulle attività svolte;
- Controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate; in

tale adempimento è ricompreso il dovere di segnalare all'organo di indirizzo politico, all'OIV e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione e di attivare nei casi più gravi anche i conseguenti procedimenti disciplinari;

- Essere destinatario delle istanze di accesso civico “semplice” finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente;
- Con riferimento all'accesso civico “generalizzato” ricevere e trattare le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta;
- Ricevere e prendere in carico le segnalazioni in materia di *whistleblowing*;
- Vigilare sul rispetto della normativa in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi;
- Proporre modifiche nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo;
- Curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento;
- Definire le procedure appropriate per formare i dipendenti in tema di prevenzione della Corruzione e individuare il personale da inserire nei programmi di formazione.

Valutato il possesso dei requisiti previsti dalla legge 190/2012 e dalle indicazioni fornite dall'Autorità Anticorruzione da ultimo nell'allegato n.3 al PNA 2022, il Commissario Straordinario di questo Ente, con disposizione commissariale n. 6 del 10 gennaio 2024 ha nominato RPCT dell'ISS il dott. Paolo BOTTINO, dirigente di II fascia con contratto di lavoro a tempo indeterminato, per la durata di un triennio a far data dal 10 gennaio 2024 in sostituzione della dott.ssa Francesca LA ROSA.

Affinché il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività l'Organo di indirizzo ha assicurato al RPCT l'esercizio pieno ed effettivo dei poteri dotandolo di una struttura organizzativa idonea e proporzionata, con adeguato personale.

Temporanea assenza e periodi di *vacatio* del RPCT

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

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

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

LA STRUTTURA DI SUPPORTO AL RPCT

Il Piano Nazionale Anticorruzione raccomanda che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata per qualità del personale e per mezzi tecnici. L'ISS si è adeguato alle prescrizioni nominando, senza maggiori oneri per l'Ente, la Struttura di Supporto all'attuale RPCT con decreto del Direttore Centrale degli Affari Generali n. 12 del 27 dicembre 2022.

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

Sono attualmente assegnati alla Struttura di Supporto:

- N. 1 Dirigente Amministrativo
- n.3 Funzionari di Amministrazione
- n. 1 Tecnologo
- n. 3 Collaboratori Tecnici Enti di Ricerca

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

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

La durata della Struttura di Supporto è strettamente legata alla durata dell'incarico del RPCT. Considerata pertanto la nomina di un nuovo Responsabile, la Struttura sarà ricostituita entro il primo trimestre dell'anno, anche in considerazione del passaggio ad altra amministrazione di uno dei componenti della struttura ed al collocamento a riposo di altro componente.

Fino alla nomina della nuova struttura, la precedente assicurerà la piena attività.

L'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO

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

La collaborazione, in sostanza, deve essere continua e riguardare l'intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione. Tale coordinamento, oltre a rafforzare il ruolo di presidio

del Responsabile, consente una condivisione di obiettivi e la diffusione delle “buone pratiche”, con conseguente maggiore probabilità di una concreta efficacia degli strumenti e delle azioni poste in essere.

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

- nomina il RPCT dell’ISS e provvede ad assicurare le condizioni per favorire l’indipendenza e l’autonomia nello svolgimento della sua attività;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano anticorruzione;
- adotta il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione comprendente la sezione Anticorruzione e Trasparenza.

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

I REFERENTI

La conoscenza capillare della realtà della propria unità organizzativa rende i direttori di Struttura le figure maggiormente indicate a svolgere le funzioni di REFERENTE del RPCT.

Una partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti i responsabili delle unità organizzative contribuisce a creare all’interno dell’amministrazione un tessuto culturale favorevole e consapevole alla prevenzione della corruzione.

All’interno dell’ISS si definiscono come direttori di Struttura le figure di:

- Direttori di Dipartimento,
- Direttori di Centro Nazionale
- Direttori di Servizio
- Direttori di Centro di Riferimento
- Responsabile dell’Organismo Notificato
- Dirigenti Amministrativi
- Responsabili delle Strutture di Supporto alla Presidenza e Direzione Generale.

Il direttore di Struttura, è la figura più titolata a vigilare sull’osservanza del Piano nella propria Unità con particolare riguardo alle attività a rischio individuate nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO ed alle misure di contrasto del rischio di corruzione;

I compiti e le funzioni ordinariamente attribuiti e svolti dai Referenti sono di:

- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio coordinandosi opportunamente con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella sezione apposita del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione dei dipendenti assegnati alla propria struttura sulla materia;
- attuare le misure di propria competenza programmate nel Piano ed operare affinché vi siano le condizioni per l'efficace concretizzazione delle stesse da parte del personale.
- monitorare l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti afferenti alla propria Struttura.

Il legislatore stabilisce, altresì, che il RPCT, d'intesa con i dirigenti competenti, verifichi l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

Il Referente, nell'esercizio delle proprie funzioni, può servirsi del supporto della figura del "delegato" del Referente, opportunamente nominato. Il delegato potrà fornire supporto pratico-operativo per gli adempimenti in materia di prevenzione ivi compresa l'attività di inserimento dati nella Piattaforma Informatica Anticorruzione dell'ISS. La nomina del delegato dovrà essere comunicata al RPCT.

I DIPENDENTI E COLLABORATORI DELL'ISS

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità della politica di prevenzione della corruzione all'interno dell'Ente. Tutti i dipendenti dell'amministrazione hanno di fatto un proprio personale livello di responsabilità nella prevenzione della corruzione, da declinare in relazione ai compiti effettivamente svolti ed agli incarichi ricoperti.

Nello spirito della legge la prevenzione della corruzione, intesa anche come cattiva amministrazione, è un particolare onere che riguarda tutti i dipendenti pubblici e può essere considerato uno dei modi in cui si realizza la previsione dell'art. 54 della Costituzione secondo cui i cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore.

I dipendenti dell'Ente sono tenuti, pertanto, a rispettare le prescrizioni contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. La violazione di queste costituisce illecito disciplinare per espressa previsione della legge 190/2012.

Sia per obbligo giuridico che per dovere etico dovranno:

- osservare le misure contenute nella Sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- osservare le prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ISS;
- partecipare al processo di riduzione del rischio prestando massima collaborazione al RPCT
- segnalare le situazioni di illecito.

Anche i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione osservano le misure contenute nella sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e sono tenuti a segnalare le situazioni di illecito.

GLI ORGANI DI CONTROLLO INTERNO

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

La legge prevede la facoltà all'OIV di richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art 1 co 8-bis L 190/2012).

L'Organismo è tenuto anche a verificare i contenuti della Relazione Annuale del RPCT contenente i risultati dell'attività svolta che viene pubblicata nel sito *web* dell'ISS. Nell'ambito delle verifiche su tale relazione l'OIV ha la facoltà di chiedere al RPCT le informazioni ed i documenti che ritiene necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo.

L'OIV inoltre:

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

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

I RESPONSABILI DELLE ALTRE SEZIONI DEL PIAO

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

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

Nel PNA si fa spesso riferimento al collegamento tra anticorruzione e *performance* e si suggerisce che il Responsabile del Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione, nella definizione degli indicatori specifici di *performance*, preveda anche il grado di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In osservanza di quanto previsto dalla citata delibera e dal Comunicato ANAC del 28/10/2013, la figura di RASA è stata individuata nella persona del Dirigente dell'Ufficio Contratti della Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche, Dott. Alessandro Valente.

2.3.3 CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

La “gestione del rischio” è l'insieme delle attività coordinate per guidare e controllare l'amministrazione con riferimento, ampio, al rischio di «corruzione» ed è lo strumento di riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi.

Il processo di gestione del rischio corruttivo ha come sue principali finalità infatti quella di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'operato dell'Amministrazione e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi intesi anche come fenomeni di “*maladministration*” intesa come gestione irregolare che porti ad un mal funzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni pubbliche attribuite.

La pianificazione, mediante la presente Sezione Anticorruzione dei PIAO, è il mezzo attraverso il quale attuare la gestione del rischio.

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

La politica anticorruzione in ISS è orientata sulle seguenti azioni:

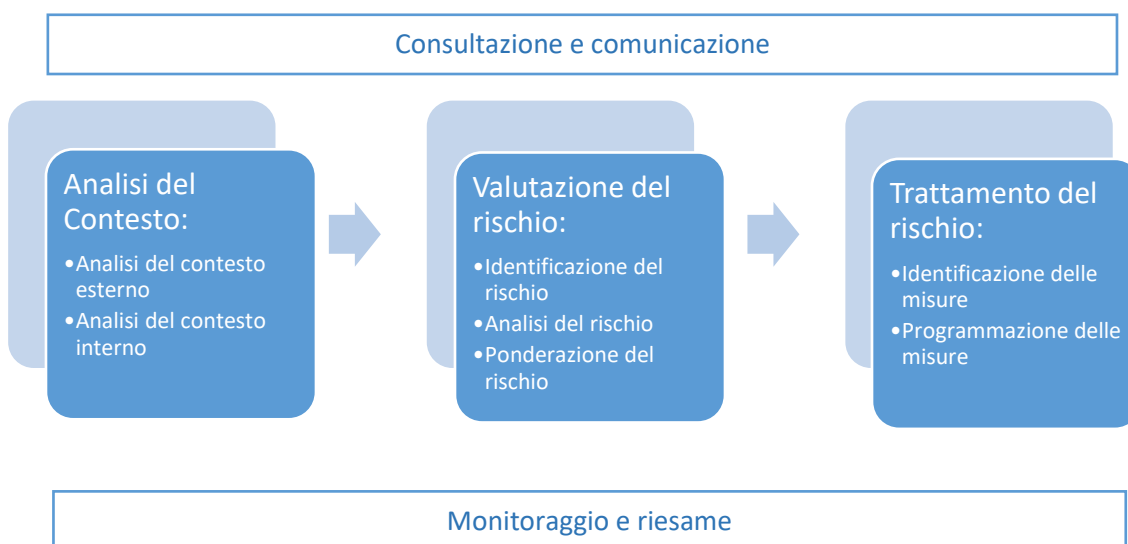
- rinforzare le politiche di prevenzione dei comportamenti di “malamministrazione”;
- agire contemporaneamente su dimensioni individuali (formazione) e di contesto (azioni organizzative);
- avviare un processo di analisi e intervento, capace di cogliere le specificità del contesto interno ed esterno;
- selezionare le aree, gli uffici o i processi organizzativi che fanno registrare un rischio più elevato;
- definire delle priorità di intervento in una logica razionale criterio di massima efficienza.



Le fasi di analisi riguardanti la mappatura dei processi e l'individuazione e valutazione dei rischi corruttivi consentono, accrescendo la conoscenza dell'Amministrazione in cui si opera, di migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto interno ed esterno, la valutazione del rischio ed il trattamento del rischio a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali: la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame.

Sviluppandosi in maniera ciclica in ogni sua ripartenza il ciclo dovrà tener conto in un'ottica migliorativa delle risultanze del ciclo precedente, evidenziate nella Relazione Annuale del RPCT e si dovrà adattare ad eventuali variazioni intervenute nel contesto interno ed esterno.



L'ISS, per gestire i dati relativi al ciclo di gestione del rischio corruttivo ed il flusso informativo con le Strutture, si è dotato di una PIATTAFORMA INFORMATICA ANTICORRUZIONE resa disponibile nella sezione *intranet* del sito istituzionale; <https://intranet.iss.it/inetISS/>

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

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

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

La piattaforma anticorruzione rappresenta oggi una vera e propria banca dati costantemente aggiornata.

Per ciascuna Unità sono rappresentati tutti i processi e sono individuabili le fasi di attività di cui il processo si compone. Di ogni fase è specificato:

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

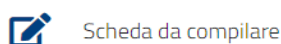
Nella piattaforma informatica le fasi sono contraddistinte con i colori:

- grigio per rischio assente

- verde per rischio basso
- giallo per rischio medio
- rosso per rischio alto

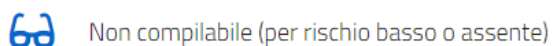
Sulla base del grado di rischio individuato e sulla base della scelta operata su quale rischi intervenire in via prioritaria, le varie fasi si presentano:

da aggiornare quando il rischio individuato è medio o alto:



oppure

da non aggiornare quando il grado di rischio è basso o assente:



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

- Processi e relativa articolazione in fasi;
- Rischi e loro misurazione (*catalogo dei rischi*);
- Misure di contenimento e relativa categorizzazione;
- Indicatori di monitoraggio.

I dati riguardanti l'intero Processo di Gestione del Rischio Corruttivo delle Strutture Scientifiche e Amministrative dell'ISS sono rappresentati nell'**ALLEGATO 1 al PIAO 2024-26** "*Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell'Istituto Superiore di Sanità*".

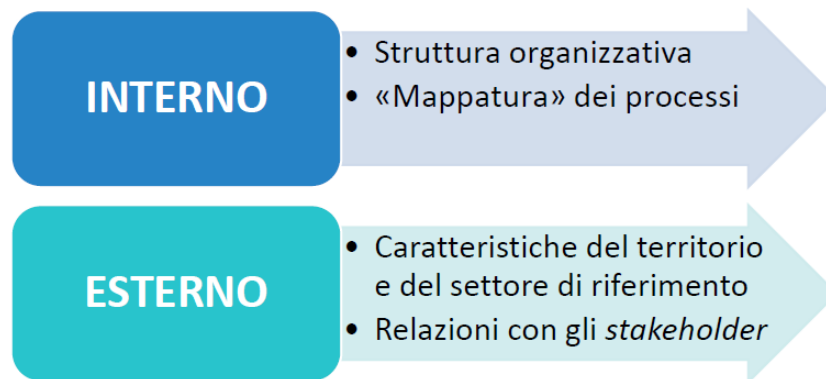
2.3.3.1 IMPATTO CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

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

L'analisi del contesto esterno ed interno rientra tra le attività necessarie per calibrare le misure di prevenzione della corruzione.

L'analisi del contesto esterno restituisce all'amministrazione le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui l'Ente opera.

L'altro elemento fondamentale rappresentato dall'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati all'organizzazione che alla gestione dei processi.



Contesto esterno

Come meglio evidenziato nell'analisi del contesto esterno presentata nella Sezione 1 del presente PIAO l'Istituto, nell'ambito della ricerca nazionale, si colloca in un contesto di collaborazione e integrazione con una varietà di enti ed istituzioni quali gli altri enti di ricerca, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS), gli enti territoriali (Regioni, province, comuni), le Agenzie Nazionali. Nell'ambito della ricerca internazionale, l'Istituto mantiene collaborazioni scientifiche con Paesi e partner di tutto il Mondo e partecipa ai bandi competitivi della Commissione Europea sia inerenti la ricerca (Programmi quadro di ricerca e sviluppo) che di sanità pubblica (Health Programme e bandi ECDC); in ambito europeo, l'ISS, su mandato del Ministero della Salute e del Ministero della Ricerca, rappresenta il Paese in tre infrastrutture di ricerca europee nel campo delle Scienze Biomediche e della Salute (European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine -EATRIS, European Clinical Research Infrastructures Network - ECRIN e Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure – BBMRI), di cui l'ISS è sede dei nodi nazionali e segretariati tecnico gestionali. L'Istituto partecipa inoltre come partner alla European Life-science Infrastructure for Biological Information (ELIXIR) e a METROFOOD, dedicata alla ricerca scientifica nel campo della qualità e sicurezza alimentare e alla metrologia per alimenti e nutrizione.

Ulteriori collaborazioni sono attivate con le università, le agenzie e le controparti tecnico-scientifiche istituzionali di Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), i Paesi in via di sviluppo e in transizione. La platea dei soggetti testimonia la notevole complessità ed ampiezza delle materie trattate. Le collaborazioni con i soggetti elencati si traducono in fonti di finanziamento, come evidenziato nella parte relativa al contesto interno.

Tale analisi verrà implementata nel corso del 2024 e si procederà ad approfondire il tipo di relazione con lo stakeholder esterno (input), si prenderanno in considerazione le attività scaturenti da tale relazione (output) ed il come queste reagiscono e sono condizionate dalle variabili e fenomeni esterni di tipo politico, economico, sociale, tecnologico, normativo, ambientale ed etico, fenomeni che potrebbero potenzialmente influenzare i comportamenti dell'organizzazione sotto il punto di vista delle scelte che potrebbero sviare il corretto esercizio del potere pubblico (*maladministration*).

Contesto interno – La mappatura dei processi

L'ISS ha operato, a partire dall'annualità 2019 un lavoro capillare di mappatura, che ha via via interessato tutte le Strutture dell'ISS, così come individuate nel Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS approvato con DM 02/03/2016.

Nel corso del 2024 l'ISS sarà interessato da una politica di riordino, già parzialmente iniziata a fine 2023, che coinvolgerà tanto le strutture scientifiche quanto quelle amministrative dell'Ente.

Si provvederà pertanto nel corso dell'anno ad adeguare la mappatura dei processi alle modifiche che interverranno nella redistribuzione delle attività e funzioni.

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

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

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

Le aree di attività individuate a seguito della mappatura dei processi rappresentano in modo completo tutti i campi di azione dell'Ente e ne descrivono la sua peculiarità quale Ente di Ricerca autorevole. Di seguito, in elenco, una rappresentazione delle attività dell'Ente:

Aree di attività tecnico scientifiche:

- Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad. AIFA/Ministero/Regioni, Analisi di revisione ecc.)
- Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release)
- Emissione pareri (valutazione della documentazione)
- Attività ispettiva (coordinata dall'ISS)
- Attività ispettiva (coordinata da ente esterno all'ISS)
- Incontri tecnici e Commissioni, Attività di produzione e valutazione di linee guida HTA
- Procedure autorizzative e certificative
- Consulenze tecnico-scientifiche, tavoli di lavoro
- Sfruttamento dei risultati della ricerca scientifica con trasferimento a terzi di conoscenze con potenziale impatto economico; proprietà intellettuale (spin off) Attività brevettuale
- Allocazione organi (attività del CNT)
- Gestione archivi e banche dati
- Partecipazione a bandi di ricerca, progetti/convenzioni finanziati da Enti pubblici o privati
- Attività di Ricerca Scientifica
- Diagnostica
- Partecipazione ad indagini statistiche
- Risposte a quesiti posti da Istituzioni pubbliche
- Promozione coordinamento della partecipazione dell'ISS a bandi di ricerca finanziati da Enti Nazionali e Internazionali art. 15 decreto 02 marzo 2016
- Importazione ed esportazione del sangue umano e dei suoi prodotti (attività del CNS)
- Compensazione emocomponenti (attività del CNS)
- Coordinamento misure per autosufficienza (attività del CNS)
- Acquisto di beni e servizi
- Attività di supporto alla ricerca
- Gestione del personale nelle Strutture
- Relazioni Esterne e Rapporti internazionali
- Coordinamento eventi formativi e divulgazione scientifica
- Rapporti con la stampa

Aree di attività Amministrative:

- Rapporti con le Organizzazioni Sindacali
- Rapporti con gli Organi Collegiali
- Attività di consulenza giuridica
- Attività di coordinamento dell'applicazione normativa in materia di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi
- Archivio e protocollazione documenti
- Relazioni con l'associazione dei dipendenti dell'ISS
- Smistamento posta in entrata ed uscita dall'ISS
- Autorizzazione Incarichi

- Attribuzione indennità
- Conservazione fascicoli del personale
- Predisposizione bilanci preventivi e consuntivi
- Gestione entrate e spese dell'Ente
- Trattamento economico del personale
- Gestione fondo economale
- Gestione settore fiscale e previdenziale
- Contenzioso del lavoro
- Procedimenti disciplinari
- Procedure di gara
- Gestione servizi manutentivi
- Contratti, servizi e spese in economia
- Procedure aperte e ristrette per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori
- Procedure negoziate per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori
- Stipulazione, approvazione ed esecuzione contratti
- Gestione albo fornitori
- Gestione spese per convegni, congressi, manifestazioni scientifiche
- Contratti all'estero
- Gestione ufficio del Consegnatario
- Attività di reclutamento personale a tempo indeterminato e determinato
- Conferimento borse di studio
- Attività di formazione dei dipendenti dell'ISS
- Attività di gestione afferente agli accordi di collaborazione ed i contratti di ricerca
- Attività di gestione correlata agli incarichi di collaborazione a valere su fondi di programmi di ricerca
- Adempimenti pertinenti l'attività brevettuale
- Adempimenti amministrativi in materia di partecipazione a società, consorzi, associazioni
- Progressioni di carriera
- *Performance* e controllo di gestione
- Sistemi informatici
- Sorveglianza e controllo accessi
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Sorveglianza sanitaria
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Gestione delle emergenze
- Denunce INAIL
- Procedure per il conferimento di incarichi
- Azioni risarcitorie
- Trasparenza

Di seguito alcune specifiche sul lavoro di mappatura rappresentato nella sua interezza nell'**ALLEGATO 1 al PIAO 2024-26** *“Analisi del Ciclo di Gestione del rischio corruttivo delle Strutture dell’Istituto Superiore di Sanità”*:

- 1) Nel corso del 2023 il lavoro di mappatura è stato ulteriormente ampliato analizzando i processi delle seguenti Strutture:

- Segreteria Direzione Generale
- Segreteria Presidenza
- Struttura di Missione Temporanea Disuguaglianze di salute
- Struttura di Missione Temporanea Malattie Rare senza Diagnosi
- Struttura di Missione Temporanea Demenza: prevenzione e percorsi assistenziali, ricerca, diagnosi e terapia

I dati riguardanti le mappature dei processi delle Strutture sopraindicate sono rappresentati nell'ALLEGATO 2 al presente PIAO.

- 2) con il D.Lgs. 36/2023 è stato adottato il Nuovo Codice degli Appalti. Con la collaborazione del competente ufficio si è provveduto ad operare una revisione della mappatura dei processi inerenti l'attività contrattuale, ispirandosi alla *“Tabella 12 - Esempificazione di eventi rischiosi e relative misure di prevenzione”* contenuta nella sezione contratti del Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Tenuto conto della introduzione della nuova normativa in materia di Appalti pubblici, nonché del riordino che ha disposto un accentramento delle competenze in materia negoziale all'Ufficio Contratti, si procederà ad un aggiornamento della mappatura dei processi dell'Ufficio che tenga conto delle modifiche, come sopra individuate.

I dati riguardanti la revisione della mappatura dell'attività sono rappresentati nell'ALLEGATO 2 al presente PIAO.

- 3) l'Autorità Nazionale Anticorruzione, tramite il PNA, aveva raccomandato alle amministrazioni di *“concentrarsi sui processi in cui sono gestite risorse finanziarie, in primo luogo del PNRR e dei fondi strutturali”* tuttavia sottolinea anche che *“rimane comunque la necessità che siano presidiati da misure idonee di prevenzione anche tutti quei processi che, pur non direttamente collegati alla gestione delle risorse del PNRR e dei fondi strutturali., per le caratteristiche proprie del contesto interno o esterno, presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi. Diversamente si rischierebbe di erodere proprio il valore pubblico a cui le politiche di prevenzione e lo stesso PNRR sono rivolti”*. Nel corso del 2023 pertanto le Strutture sono state invitate ad adeguarsi a tali prescrizioni includendo nelle proprie mappature quei processi in cui sono gestiti fondi del PNRR
- 4) In data 14 luglio 2023 il Centro Nazionale Trapianti ha conseguito la certificazione del Sistema di qualità ISO 9001:2015. La Struttura provvederà, entro i primi mesi del 2024, ad effettuare un riesame

complessivo dei processi e dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo, in ragione del percorso svolto per la qualità.

2.3.3.2 IL RISCHIO

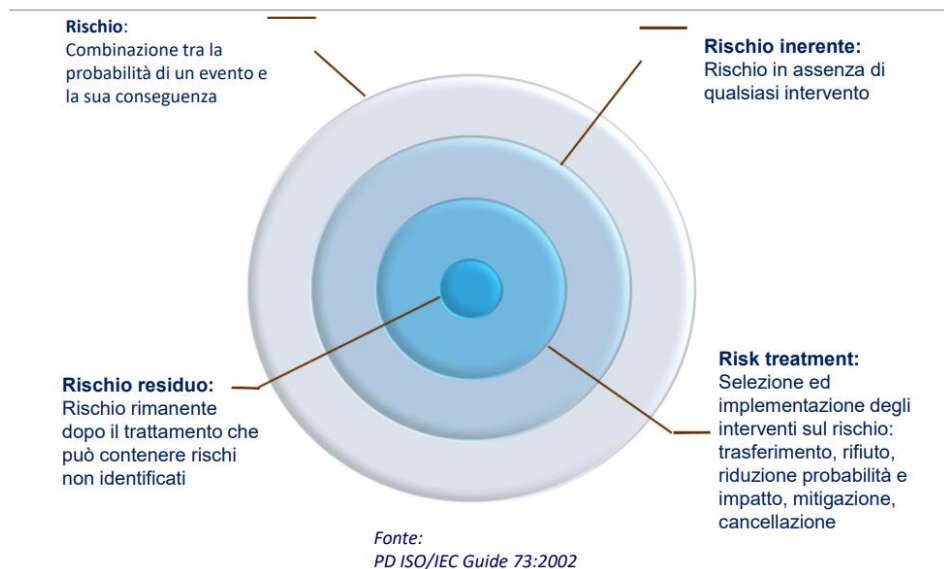
Per “rischio” il PNA intende “*l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento*”. Per “evento” si intende “*il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze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

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

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

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

“Filosofia” del rischio



LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

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

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

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

ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO

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

Nell'analisi dei rischi possono essere considerati fattori abilitanti:

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

h) scarsa diffusione della cultura della legalità;

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

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

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

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

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

Lo strumento di misurazione del rischio in ISS

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

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

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

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

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

- Discrezionalità/Potere

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

- Rilevanza esterna

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

- Complessità processo

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

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

- Impatto reputazionale

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

- Impatto economico

Come valuti l'impatto economico della fase?

- Impatto organizzativo

A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?

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

- Alto
- Medio
- Basso

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

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

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

Nella figura seguente si evidenzia il metodo di risposta agli indicatori proposti:

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'													
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori			IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore			IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna o) vedi scala valori n. 2)
		1		In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?	B	M	A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B	M	A	

Le risposte alle domande degli indicatori proposti determinano il valore di ciascun elemento valutativo del rischio complessivo.

Nella figura seguente è evidenziato il campo in cui si colloca il valore risultante:

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'														
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	Indicatori			Il VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore			Il VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (Il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna O) vedi scala valori n. 2)
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?		B	M	A		Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B	M	A		

I valori di probabilità ed impatto non sono una media matematica (perché gli indici non sono più numerici) ma derivano da una tabella da applicare che prevede tutte le possibili combinazioni.

Di seguito la tabella:

SCALA VALORI N.1 PER PROBABILITA' ED IMPATTO			
Valore 1	Valore 2	Valore 3	Risultato
Alto (A)	Alto (A)	Alto (A)	Alto (A)
Alto (A)	Alto (A)	Medio (M)	Alto (A)
Alto (A)	Alto (A)	Basso (B)	Alto (A)
Medio (M)	Medio (M)	Alto (A)	Medio (M)
Medio (M)	Medio (M)	Medio (M)	Medio (M)
Medio (M)	Medio (M)	Basso (B)	Medio (M)
Basso (B)	Basso (B)	Basso (B)	Basso (B)
Basso (B)	Basso (B)	Medio (M)	Basso (B)
Basso (B)	Basso (B)	Alto (A)	Basso (B)
Alto (A)	Medio (M)	Basso (B)	Medio (M)

L'ordine di rilevazione dei tre valori è ininfluente ai fini del risultato

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'														
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	Indicatori			Il VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore			Il VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (Il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna O) vedi scala valori n. 2)
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?		X	M	A	M	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B	M	X	A	

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

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

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

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

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'														
MACROAREA	PROCESSO	n. fase	DESCRIZIONE FASE	PROBABILITA'	indicatori			IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1)	IMPATTO	valore			IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1)	RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna o) vedi scala valori n. 2)
		1	In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?		X	M	A	M	Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?	B	M	X	A	A

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

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

LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO

La fase della ponderazione del rischio, successiva a quella di analisi e precedente a quella di trattamento, definisce quali rischi necessitino di trattamento e con quale priorità di intervento. L'ANAC a questo proposito si è pronunciata consigliando alle amministrazioni un principio di "prudenza" volto ad evitare una sottostima del rischio corruzione.

Sulle fasi per cui in seguito alla misurazione stato accertato un rischio inerente pari al valore ALTO o MEDIO sono state individuate le opportune misure di contenimento applicabili e monitorabili.

L'identificazione della misura di prevenzione è la conseguenza logica dell'adeguata comprensione dell'evento rischioso.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase di trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione del rischio e sulla base della valutazione operata dai referenti della rilevanza dei processi di competenza.

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare le misure che debbono essere predisposte per ridurre il rischio.

Le misure di riduzione del rischio peraltro sono tipizzate in categorie dal PNA 2019 che le individua nel seguente elenco:

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione;
- misure di semplificazione;
- misure di formazione;
- misure di sensibilizzazione e partecipazione;
- misure di rotazione;
- misure di segnalazione e protezione;
- misure di disciplina del conflitto di interessi;
- misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari "lobbies".

Tali misure si distinguono in generali (o obbligatorie) e specifiche.

Le misure generali (o obbligatorie) incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione ed intervengono in senso trasversale sull'intera amministrazione. Delle misure obbligatorie si darà conto nel paragrafo seguente.

Le misure ulteriori o specifiche, invece, incidono su problemi dettagliati individuati tramite l'analisi del rischio.

La analitica indagine relativa ai processi facenti capo alle singole Strutture di cui si è detto in precedenza ha consentito una capillare individuazione delle misure di prevenzione specifiche e ciò nella convinzione (avvalorata dall'ANAC nelle sue pronunce) che la mappatura dei processi è requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure.

Solo in seguito al lavoro di individuazione del rischio all'interno delle fasi del processo ed alla successiva individuazione del livello di rischio attraverso l'applicazione pratica del sistema di valutazione illustrato, è stato possibile individuare misure che fossero:

- Concretamente applicabili
- Monitorabili
- Che non appesantissero il processo

Le misure specifiche individuate dalle Strutture sono dettagliatamente rappresentate nell'ALLEGATO 1 al PIAO 2024-26.

GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2023 il monitoraggio di primo livello da parte delle Strutture è avvenuto nel mese di novembre.

Il monitoraggio di II livello è stato eseguito dal RPCT a conclusione del ciclo 2023 utilizzando la tecnica del c.d. “campionamento ragionato” (all. 1 al PNA 2019) analizzando a campione per ogni Struttura, una fase di un singolo processo nella quale fosse stato individuato un rischio trattato con una misura di rotazione del personale.

Per quella specifica fase è stato chiesto di fornire la documentazione a supporto dell’effettiva applicazione della misura.

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

2.3.3.3 LE MISURE GENERALI

Le misure generali o obbligatorie intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

La loro programmazione nel presente Piano è necessaria per definire nel concreto la strategia di prevenzione con la chiara indicazione anche dei responsabili della loro attuazione.

Le misure obbligatorie sono indicate nel PNA e sono le seguenti:

- Codice di comportamento
- Astensione in caso di conflitto di interessi
- Autorizzazione allo svolgimento di incarichi
- Inconferibilità ed incompatibilità di incarichi dirigenziali
- *Pantouflage*
- Trasparenza
- Formazione del personale
- *Whistleblowing*
- Rotazione del personale
- Patti di integrità
- Formazione di commissioni, assegnazione degli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS

Come noto, ogni Amministrazione deve dotarsi di un proprio codice di comportamento e ciò in conformità con quanto stabilito dalla normativa di riferimento, e, in particolare, dall'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001, dal D.P.R n. 62/2013, nonché dalle delibere dell'Autorità di settore (Autorità Nazionale Anticorruzione ANAC), la quale, da ultimo, con la delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 ha invitato le Amministrazioni Pubbliche a rivedere i propri codici di condotta avendone rilevato la mancanza di specificità rispetto al codice nazionale.

A ciò si aggiunga che, con il recente Decreto Legge 36/2022, convertito, con modificazioni, nella Legge 29 giugno 2022 n. 79, è stato previsto un doveroso aggiornamento dei codici con l'inserimento di una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media, assegnando a tutte le amministrazioni il termine del 31.12.2022 per la adozione dei nuovi codici.

L'Istituto era già dotato di un proprio codice di comportamento, approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 16 del 9 ottobre 2018, che, in virtù di quanto sopra espresso, è stato necessario aggiornare.

Per quanto attiene al procedimento di formazione del codice, in conformità con quanto disposto dall'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. già citato “...ciascuna pubblica amministrazione definisce, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio codice di comportamento che integra e specifica il codice di comportamento di cui al comma 1..”.

La delibera ANAC n. 177 citata disciplina il procedimento di formazione del codice, soffermandosi sulla necessità che sia redatta una prima bozza di codice (che integra e specifica i doveri del codice nazionale) che va sottoposta dal RPCT all'organo di indirizzo politico, perché adotti una deliberazione preliminare, da sottoporre a procedura partecipativa.

In ottemperanza a tale previsione è stato sottoposto all'attenzione del Consiglio di Amministrazione dell'Ente, nella seduta del 26 luglio 2022, il nuovo testo del codice di comportamento, predisposto per consentire l'adeguamento del codice vigente alle modifiche introdotte con la sopra citata deliberazione n. 177 dell'ANAC nonché per renderlo conforme a quanto previsto dal D.L. n. 36/2022. Il documento proposto è stato dal Consiglio approvato in via preliminare con deliberazione n. 7 allegata al verbale n. 59 del 26 luglio 2022.

Sul documento l'Organismo Indipendente di Valutazione ha reso parere favorevole.

La medesima Autorità di settore, poi, nella delibera sopra citata, stabilisce che si adotti una procedura partecipativa, dando modo ai soggetti interessati di formulare le proprie osservazioni e le proprie proposte di modificazioni ed integrazioni del documento predisposto.

In osservanza di tale previsione, pertanto, è stato dato avvio alla “fase di partecipazione aperta” mediante la pubblicazione del documento in versione editabile sul sito internet dell'Ente.

È stata data inoltre informativa a mezzo *e-mail* indirizzata a tutti i dipendenti dell'Ente con indicazione di far pervenire, ad un indirizzo di posta elettronica a ciò dedicato, eventuali osservazioni. Il documento è rimasto in consultazione per un periodo di 30 giorni dal 09 novembre al 09 dicembre 2022.

In tal modo è stata garantita la massima partecipazione dei dipendenti dell'Amministrazione, favorendo l'adeguata comprensione del contesto e delle finalità del Codice.

Pervenute n. 5 osservazioni nel termine stabilito, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla loro analisi, ed ove riscontratane la compatibilità con le tematiche oggetto del codice di comportamento, ha provveduto al loro inserimento, accogliendone la relativa previsione.

Tutto ciò premesso, completato il procedimento di formazione del codice di comportamento mediante l'espletamento di tutte le fasi previste dalla norma, così come sopra richiamate, il testo del nuovo Codice è stato sottoposto all'attenzione del Consiglio di Amministrazione che, nella seduta del 21 dicembre 2022, ha approvato il testo definitivo.

Va rilevato, da ultimo, quanto segue:

il Legislatore è intervenuto a modificare il D.P.R. n. 62 del 2013, attraverso la adozione del D.P.R. 13 giugno 2023 n. 81.

La modifica in questione ha riguardato, in particolare:

- l'introduzione di una serie di disposizioni relative all'utilizzo dei *social media* nonché circa l'utilizzo di strumenti informatici professionali (come l'account di posta elettronica interna) e delle tecnologie informatiche nel rispetto dei principi di sicurezza e riservatezza delle informazioni;
- l'introduzione, nell'ambito del comportamento che il pubblico dipendente deve tenere durante i rapporti con il pubblico, del principio di soddisfazione dell'utente;
- l'ampliamento dei doveri e dei compiti della dirigenza pubblica in materia di formazione sull'etica pubblica e sul comportamento etico secondo determinati criteri, benessere dei propri dipendenti, misurazione della performance della propria struttura.

Anche dopo segnalazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in cui si esortava l'Ente al recepimento nel Codice di disciplina dell'ISS, strumento con valenza regolamentare e non mero atto di organizzazione degli uffici, di tali specifiche previsioni, si è reso necessario un'analisi condotta di concerto tra la Struttura a supporto del RPCT e l'Ufficio Contenzioso del lavoro e disciplinare - Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza sull'eventuale avvio dell'iter di revisione dell'attuale codice.

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

Tale considerazione, in aggiunta al fatto che l'Ente si trova in un periodo di uscita dal commissariamento, induce a concludere nel senso che non si ravvisa nell'immediato la necessità di adeguamento del vigente codice.

Infine, si precisa che nel corso del 2024, verrà avviata l'indagine sul grado di conoscenza del Codice di Comportamento attraverso l'invio a tutte le strutture di un questionario tramite la piattaforma "Microsoft Form". Inoltre, sempre come misura generale di prevenzione del rischio, verrà data comunicazione ai dipendenti della avvenuta modifica del D.P.R. n.62/2013 ad opera del D.P.R. 81/2023.

Misure di disciplina del conflitto di interessi

All'interno del Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ISS è ricompresa una specifica sezione sulla disciplina del conflitto d'interessi, questo anche per la necessità evidenziata nella delibera ANAC 158 del 30 marzo 2022 che la normazione interna sul conflitto di interessi avesse una collocazione univoca in un atto cogente, la cui violazione avesse rilievo disciplinare.

Nella sezione del conflitto di interessi all'interno del Codice di comportamento sono illustrate le occasioni in cui è necessario che il personale presenti le dichiarazioni di interessi ed è resa disponibile la modulistica da utilizzare nonché è esplicitata la procedura riservata al Capo Struttura per la valutazione del livello di rischio di conflitto di interessi. Tale valutazione si conclude con l'assegnazione di un grado di rischio assente, irrilevante, moderato o elevato.

Nei casi di particolare complessità di individuazione del conflitto, su richiesta formale e motivata del capo struttura si riunisce la Struttura di Valutazione, nominata dal Presidente dell'ISS.

AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA ISITUZIONALI EX ART. 53 D.LGS. N. 165/2001 E S.M.I.

La norma di riferimento in materia è l'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 concernente la "Incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi" che stabilisce in via di principio il regime delle incompatibilità e disciplina la materia concernente l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi e prestazioni, non compresi nei doveri d'ufficio, conferiti da soggetti terzi a dipendenti pubblici. In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito dagli articoli 60 e seguenti del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni della norma in parola che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra-istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. Come è noto, il pubblico dipendente, a differenza del privato, è al "servizio esclusivo della Nazione" (art. 98 Cost.).

La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 aggiungendo ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7).

Non possono essere conferiti o autorizzati incarichi in tutti i casi nei quali l'espletamento degli stessi possa ingenerare, anche in via solo ipotetica, situazione di conflittualità con interessi facenti capo all'amministrazione e, quindi, con le funzioni assegnate sia al singolo dipendente che alla struttura di appartenenza; ai fini dell'autorizzazione l'amministrazione dovrà verificare l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, fermo restando comunque l'obbligo per il dipendente, anche successivamente all'avvenuta autorizzazione dell'incarico, di astenersi dal concreto svolgimento dello stesso qualora venga a conoscenza di sopravvenute situazioni di eventuale conflitto di interesse.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12).

La normativa di riferimento pone l'obbligo di comunicazione dei predetti incarichi all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica.

Tali obblighi di comunicazione devono essere assolti con la tempistica richiesta e tassativamente per via telematica mediante inserimento nei campi obbligatori indicati nel sistema "PERLAPA" dei dati riferiti agli incarichi ed ai compensi corrisposti.

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, quali attività liberamente esercitabili, anche con remunerazione e per cui il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi pertanto non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione. Per tali incarichi rimane in capo al dipendente la valutazione degli eventuali profili di incompatibilità di fatto ed in particolare della sussistenza del conflitto anche potenziale di interesse.

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

- richieste di autorizzazione pervenute successivamente all'avvio dell'incarico di fatto già espletato o in corso di espletamento;
- richiesta di autorizzazione per incarichi che, tenuto conto della complessiva situazione di fatto ed alla luce della normativa vigente, appaiono riguardare una attività in "conflitto, anche solo potenziale, di interessi";
- richieste di autorizzazione a fronte di incarichi per i quali, presentandosi essi come simili o identici a quelli precedentemente autorizzati (con lo stesso committente), non può ravvisarsi il necessario carattere di occasionalità.

Sono rilevabili aspetti critici che si ritiene individuare di seguito:

- attività svolte come incarichi extra-istituzionali retribuiti, che potrebbero essere effettuate come attività istituzionali nell'ambito di accordi da stipularsi tra l'ISS e gli enti conferenti o apportando eventuali modifiche alle convenzioni in essere;
- reiterazione da parte degli stessi enti conferenti di incarichi in contrasto con il previsto carattere di occasionalità;
- potenziale conflitto di interesse nel caso di incarichi extra-istituzionali svolti per aziende private, specialmente se operanti nel settore farmaceutico;
- attività retribuite come incarichi extra-istituzionali e svolte nell'ambito di missioni istituzionali.

Altre criticità sono riconducibili a:

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

L'Ufficio trattamento giuridico del personale e relazioni sindacali ha adottato una specifica modulistica per la richiesta ed il rilascio di autorizzazione da compilare da parte del dipendente interessato.

In tale modulistica è prevista la contestuale dichiarazione da parte del richiedente di assenza di incompatibilità e di conflitto di interesse tra l'incarico da ricoprire e le mansioni proprie del dipendente; su tale attestazione è richiesta inoltre la responsabile dichiarazione del capo Struttura che conferma la assenza di conflitto/incompatibilità.

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

In particolare, prima di accogliere la richiesta del dipendente:

- verifica che, quanto dichiarato, sia accompagnato da presa di visione ed assenso da parte del Direttore della Struttura di appartenenza;
- verifica, sulla base della dichiarazione e della documentazione prodotta dall'interessato e di altri elementi all'occorrenza disponibili, che non sussistano elementi di incompatibilità di diritto/di fatto/di merito;
- in alcune ipotesi di particolare complessità, infine, l'autorizzazione sarà concessa con il coinvolgimento del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel caso in cui si tratti di incarichi:
 - a) per i quali si ravvisi un conflitto di interesse anche solo potenziale;
 - b) che abbiano quale destinatario un Direttore di Struttura scientifica.

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

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

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

In tale contesto, il dipendente interessato dovrà rilasciare una specifica e particolare autodichiarazione circa la assenza di conflitto di interessi tra l'attività svolta e l'incarico.

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

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

In sede di monitoraggio, si procederà:

- agli accertamenti sulla verifica in concreto da parte del competente Ufficio della insussistenza di specifiche incompatibilità di diritto e di fatto e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
- alla richiesta, al medesimo Ufficio, di copia della documentazione che comprovi la avvenuta verifica, con la eventuale richiesta di documentazione a supporto, laddove si siano resi necessari chiarimenti ovvero la integrazione della documentazione, e, infine, il documento che attesti l'avvenuto rilascio o diniego della prescritta autorizzazione.

INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA' DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

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

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

INCOMPATIBILITA'

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

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

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

INCONFERIBILITA'

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

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

RIMEDI

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

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

Nel corso dell'anno 2023 si è proceduto alla acquisizione delle autodichiarazioni attestanti la insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità alle quali è stato allegato l'elenco degli incarichi ricoperti dal soggetto cui è conferito l'incarico.

Si è proceduto, altresì, da parte del RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto, alla verifica delle autodichiarazioni presentate, relative all'anno 2022, attraverso l'esame di un campione di documenti.

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

Anche per l'anno 2024 si procederà al controllo su un campione delle autodichiarazioni acquisite.

Il controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese verrà effettuato sulla base della documentazione presentata; nell'ipotesi in cui si rendesse necessario procedere ad ulteriori approfondimenti, verrà richiesta la documentazione integrativa anche agli enti pubblici e/o privati che detengono le informazioni necessarie all'espletamento del controllo; potrà, inoltre, essere instaurato un contraddittorio con il soggetto interessato al fine di acquisire ulteriori informazioni.

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

Nell'ipotesi in cui, dai controlli effettuati, si riscontri la falsità di una o più dichiarazioni rese, il soggetto che ha rilasciato tale dichiarazione è responsabile ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 20, comma 5, del d.lgs. 39/2013.

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

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

Resta inteso che tutti i dati contenuti nelle dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità e nella eventuale documentazione a corredo delle stesse verranno trattati nel pieno rispetto della normativa in materia di tutela della riservatezza dei dati personali.

Le auto-dichiarazioni citate saranno – altresì - pubblicate nella sezione Amministrazione trasparente, sotto sezione “Personale” - “Dirigenti”, in conformità con quanto disposto dal D.Lgs 33/2013 e s.m.i..

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO (PANTOUFLAGE)

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

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

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

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

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

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

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

Al fine di contenere il rischio di *pantouflage*, nel corso del 2023 l'ISS ha posto in essere le seguenti misure:

- l'invio di una comunicazione al dipendente al momento del collocamento a riposo per limiti di età, di specifico riferimento al divieto di *pantouflage*;

- l'inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di specifica dichiarazione di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'autorità ai sensi dell'art. 71 del D.lgs. n. 50/2016.

Nel corso del 2024, con i dirigenti degli uffici competenti, si procederà all'elaborazione e successivo inserimento di apposite clausole che prevedono specificamente il divieto di *pantouflage*, rispettivamente negli atti di assunzione del personale e nell'ambito degli accordi e convenzioni con soggetti pubblici o privati.

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

Di immediata applicazione è la previsione di cui all'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012 per il caso di formazione di Commissioni di gara e assegnazione agli uffici nei casi di condanna per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale.

In considerazione del riordino disposto con il Decreto n. 40/2023, si procederà, nel corso del 2024 ad individuare idonee procedure per assicurare il rispetto della citata disposizione.

ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE DELL'ISS

La rotazione del personale nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC «*procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari*».

Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della l. 190/2012, il RPCT deve verificare,

d'intesa con il dirigente competente, «l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione».

Questo tipo di rotazione, c.d. “ordinaria” è stata inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Il PNA invita le amministrazioni a considerare la rotazione del personale come un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. Essa va vista infatti nell'ottica di un utilizzo ottimale delle risorse umane e non con una valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Detta misura deve essere impiegata infatti in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.

L'ANAC invita ad adottare una disciplina ad hoc, previa informativa alle OO.SS. rappresentative, e la misura deve essere accompagnata da strumenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

Nelle more della definizione di specifiche linee guida per l'ISS è intendimento comunque porne le basi per la futura redazione definendone i seguenti criteri:

CRITERI DELLA ROTAZIONE DEL PERSONALE IN ISS

- **CRITERIO 1: INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE O DELLE FUNZIONI DA SOTTOPORRE A ROTAZIONE**

Per l'individuazione delle funzioni da sottoporre a rotazione si ritiene che i risultati ottenuti dall'*Analisi di gestione del rischio corruttivo*, operata dal RPCT con il coinvolgimento attivo dei Referenti (Capi Struttura) e integralmente rappresentata nell'allegato 1 al PIAO, possa costituire la base per la individuazione di quali siano le funzioni maggiormente esposte ad un

elevato rischio di corruzione e per le quale sia opportuno prevedere un meccanismo sistematico di rotazione.

Personale Scientifico

È insita nella natura di questo Ente l'alta specializzazione delle professionalità scientifiche (ricercatori e tecnologi di vario livello) che nei propri ambiti di competenza hanno maturato elevate competenze tanto da essere, in taluni casi, vere e proprie eccellenze sia nazionali che internazionali.

Per tali professionalità si ritiene, quindi, che la rotazione del personale come misura ordinaria e generalizzata non possa essere attuata e che si possa rientrare nella fattispecie prevista dal PNA della *“cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche”*.

Purtuttavia per alcune attività specifiche svolte dal personale scientifico dell'ente si ritiene applicabile la previsione di un sistema di rotazione. Tali attività sono svolte dal personale ISS nella sua funzione di esperto nominato dal proprio capo Struttura per espletare una delle seguenti attività:

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

Personale Tecnico

Discorso analogo va fatto per il personale tecnico operante nei laboratori la cui rotazione va correlata all'esigenza di assicurare costantemente che alcune attività con elevato contenuto tecnico siano garantite da un livello elevato di competenza, esperienza e conoscenze professionali.

Tuttavia l'analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo svolta in autoanalisi dalle Strutture ISS ha posto in capo al personale tecnico che svolge analisi di laboratorio un potenziale rischio.

Personale Amministrativo

Le attività amministrative sono di supporto all'attività scientifica ed anche in questo caso la specializzazione ed esperienza degli operatori gioca un ruolo importante nel buon andamento e nella continuità dell'attività scientifica stessa. Tuttavia per alcune funzioni svolte dal personale amministrativo operante nelle aree considerate dalla stessa ANAC ad elevato rischio di corruzione è opportuno prevedere un meccanismo di rotazione sistematico.

Tali funzioni sono:

- ✓ Responsabili Unici del Progetto (RUP)
 - ✓ Segretari di Commissione
 - ✓ Dirigenti amministrativi degli uffici considerati a maggior rischio di corruzione
- **CRITERIO 2: CARATTERISTICHE DELLA ROTAZIONE ORDINARIA PERSONALE NON DIRIGENZIALE**

La rotazione ordinaria del personale non dirigenziale può essere effettuata o all'interno dello stesso ufficio o tra uffici diversi nell'ambito della stessa amministrazione.

Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio

Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. "funzionale", ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti ed in particolare ai responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie.

Rotazione nella stessa amministrazione tra uffici diversi

In questo caso è prevista una rotazione tra uffici diversi e la durata di permanenza all'interno dello stesso ufficio è prefissata dall'amministrazione.

La attuazione della misura richiede un approccio organizzativo a più livelli ed un lungo percorso di non facile attuazione in cui peraltro la formazione del personale nelle diverse aree di competenza degli uffici si pone come misura preliminare che garantisce l'acquisizione delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione.

Misure alternative in caso di impossibilità di rotazione

Nei casi in cui la misura della rotazione non possa essere attuata, l'ANAC suggerisce l'adozione di misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, quali ad esempio:

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

- Prevedere misure di articolazione delle competenze (“segregazione delle funzioni”) attribuendo a soggetti diversi compiti distinti: a) svolgere istruttorie e accertamenti; b) adottare decisioni; c) attuare decisioni prese; d) effettuare verifiche e controlli. Una corretta articolazione dei compiti e delle responsabilità per evitare che più mansioni e responsabilità siano in capo ad un unico soggetto.
- Prevedere la “doppia sottoscrizione” degli atti dove firmano sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell’atto finale, a garanzia della correttezza e legittimità,
- Favorire meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici, ad elevato rischio (lavoro in *team* che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi);

- **CRITERIO 3: CARATTERISTICHE DELLA ROTAZIONE ORDINARIA PERSONALE DIRIGENZIALE**

Gli incarichi dirigenziali in ISS sono conferiti dal Direttore Generale su proposta del Direttore Centrale. Di norma hanno durata triennale. Nel corso del 2024 è intendimento dell’Amministrazione redigere un disciplinare che regolamenti il conferimento degli incarichi dirigenziali amministrativi di seconda fascia, orientato sul conferimento di incarichi triennali rinnovabili una sola volta , successivamente, da sottoporre a rotazione all’interno della stessa Direzione Centrale.

- **CRITERIO 4: PERIODICITA’ DELLA ROTAZIONE**

Tenuto conto dell’impatto che la rotazione ha sulla struttura organizzativa nella quale opera il personale o la funzione da ruotare, la periodicità e della rotazione sarà stabilita dal capo Struttura, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi e oggettivi, secondo un criterio di gradualità per mitigare l’eventuale rallentamento dell’attività ordinaria.

Personale da ruotare	Caratteristiche della rotazione	Periodicità della rotazione
Personale dirigenziale amministrativo di seconda fascia	Rotazione nella stessa amministrazione tra uffici diversi	Ogni 8 anni
Personale scientifico cui è affidato l'incarico di esperto	Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio	Definita dal Capo Struttura
Tecnico di laboratorio	Misura alternativa alla rotazione: affiancamento e condivisione delle fasi procedurali	Costante
Responsabile Unico dei Progetti	Rotazione nell'ambito dell'Amministrazione	Costante
Segretario di Commissione	Rotazione nell'ambito dell'Amministrazione	Costante

LA ROTAZIONE STRAORDINARIA

L'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «*provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*» 11, senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

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

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

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

LA TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Con l'espressione *whistleblower* si fa riferimento a chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza. Il *whistleblowing* è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower*. Lo scopo principale del *whistleblowing* è quello di prevenire o risolvere un problema tempestivamente.

L'ISS si è dotato di un regolamento (Delibera C.d.A. che disciplina le modalità di inoltro di una segnalazione di presunti illeciti o irregolarità, nonché la loro gestione una volta acquisite tramite un canale tradizionale di invio (cartaceo) nonché mediante l'utilizzo di una piattaforma informatica sviluppata in collaborazione con il Servizio Informatica per gli aspetti di implementazione e con la Struttura di Supporto al DPO per quelli di conformità al GDPR ed alla normativa sul trattamento dei dati personali.

All'interno della sezione del sito pubblico dell'ISS "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Prevenzione della Corruzione", l'Ente mette quindi a disposizione dell'utente, sia interno che esterno, il link per la piattaforma informatica e la modulistica da utilizzare per l'inoltro, nel totale anonimato, di siffatte segnalazioni.

In merito alla piattaforma informatica, si precisa che nel corso del 2023 sono state effettuati accessi simulati per la verifica della funzionalità della piattaforma, che hanno dato esito positivo.

Nel corso del 2023, in concomitanza con le novità legislative introdotte dall'entrata in vigore del D.Lgs. n. 24 del 2023 in data 30 marzo 2023, la Struttura di Supporto al RPCT ha provveduto, con la collaborazione della Struttura a Supporto del DPO, ad una prima analisi sull'impatto che tali modifiche hanno ed avranno sulle procedure interne consolidate negli ultimi anni.

Le modifiche alla normativa in questione hanno riguardato, tra gli altri, i seguenti argomenti:

- La previsione, oltre alla segnalazione interna, anche di quella esterna attraverso un apposito canale implementato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- Uno specifico risalto alla menzione delle misure di sicurezza a protezione dei dati del segnalante, specificamente richiamate dall'art. 13 del summenzionato decreto legislativo;
- Una maggiore rilevanza alle "Misure di Sostegno" (art. 18 Dlgs.), ovvero sia quelle misure, somministrate da determinati enti iscritti in un albo presso l'ANAC, che mirano a fornire assistenza e consulenza, a titolo gratuito, ai segnalanti;

- Un ampliamento dei concetti di ritorsione e di discriminazione ai danni del segnalante;
- La previsione dell'irrogazione di un provvedimento disciplinare nei casi di responsabilità del segnalante accertata con sentenza di primo grado (art. 16 co. 3 Dlgs. supra).

Oltre ad un necessario adeguamento circa i riferimenti normativi, l'analisi sulle novità di cui sopra ha fatto emergere spunti di riflessione che saranno sviluppati nel corso del 2024, anno in cui l'Ente si impegna ad apportare le necessarie modifiche ed adeguamenti al proprio Regolamento sul *Whistleblowing* di cui in apertura.

Inoltre, nel porre in essere tutte quelle attività fondamentali per la compliance alla normativa sul trattamento dei dati personali, con la collaborazione della Struttura a Supporto del DPO, si è proceduto:

- alla nomina da parte del titolare del trattamento nei confronti del RPCT a persona autorizzata per designazione ex art. 29 del GDPR al trattamento dei dati personali dei soggetti che segnalano illeciti o irregolarità;
- all'aggiornamento dell'Informativa sul trattamento dei dati personali dedicata alle segnalazioni in parola;
- alla predisposizione di una valutazione di impatto sulla protezione dei dati personali.

Nel corso del 2023 è arrivata una segnalazione sulla piattaforma *whistleblowing*. Seppur non propriamente riconducibile alla fattispecie di illecito o irregolarità commessa ai danni dell'interesse pubblico, la segnalazione è stata acquisita dal RPCT, gestita con le modalità previste a tutela del *whistleblower* e riscontrata nei termini di legge.

PATTI DI INTEGRITA' E RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE

Nella seduta del Consiglio di Amministrazione dell'Ente del 26 luglio 2019 (deliberazione n. 8 allegata al verbale n. 33), è stato approvato il patto di integrità da utilizzare nell'ambito dei contratti stipulati dall'Istituto.

Tale strumento, espressamente previsto dall'art. 1, comma 17 della Legge 6 novembre 2012 n. 190, è finalizzato a rafforzare il perseguimento degli obiettivi di trasparenza e legalità ed è destinato ad operare nel settore dei contratti pubblici, anche in considerazione che l'affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture continua ad essere uno dei più esposti sia ai tentativi di infiltrazione delle

mafie, sia a possibili interferenze sulla corretta gestione delle procedure di gara nelle pubbliche amministrazioni.

I controlli previsti sulla attuazione della presente misura, nonché la attivazione delle eventuali azioni di tutela previste dai protocolli, sono demandati al competente ufficio amministrativo.

In osservanza di quanto previsto dalla delibera n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016/2018), e del Comunicato ANAC del 28/10/2013, è stata individuata, nella persona del Dirigente dell'Ufficio-Contratti della Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche, la figura di RASA.

LA FORMAZIONE

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo.

In conformità a quanto previsto nel PNA 2019 secondo cui *“l'incremento della formazione dei dipendenti, l'innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell'amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT (cfr. Parte II, §4.)”* l'Organo di Indirizzo politico aveva provveduto ad assegnare nell'ambito della programmazione 2023-25 un obiettivo strategico triennale specifico sulla materia.

Considerato che la programmazione effettuata con PTA 2023-25 viene considerata valida, si provvederà ad attuare la seconda annualità della programmazione, a scorrimento dei risultati ottenuti nella prima annualità.

Era previsto che nel triennio la formazione fosse strutturata su due livelli:

- uno generale rivolto a tutti i dipendenti;
- uno specifico rivolto a RPCT, Struttura di Supporto, Referenti e funzionari addetti alle aree maggiormente a rischio corruttivo.

Ai fini della corretta gestione della fase della iscrizione ai corsi è stato creato un indirizzo e-mail dedicato, **formazioneanticorruzione@iss.it**, gestito dall'Ufficio Reclutamento del personale, Borse di Studio e Formazione dell'ISS.

Nel corso del 2023 è stata stipulata tra ISS e Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) una specifica convenzione per la realizzazione dell'attività formativa di carattere generale dedicata a tutto il personale dell'ISS.

Il modulo formativo, organizzato in modalità e-learning con video lezioni della durata complessiva di 4 ore, da fruire nel periodo di apertura della sessione (1 mese), dal titolo "Prevenzione e contrasto alla corruzione nelle PA: dalla legge 190/2012 al PNRR", tuttora in corso di sviluppo, è organizzato in dieci edizioni, tre delle quali fruite nel corso del 2023 e 7 da fruire nel 2024.

Il Programma didattico del corso comprende i seguenti argomenti:

- Prevenzione della corruzione: introduzione;
- Prevenzione della corruzione: il quadro normativo;
- Il modello decentrato;
- Le misure di prevenzione della corruzione;
- La tutela del *whistleblower*;
- Parità di genere e corruzione;
- Formazione e sensibilizzazione;
- La strategia anticorruzione a livello internazionale;
- Introduzione al modello italiano di prevenzione dei rischi di corruzione;
- Analisi del contesto e valutazione dei rischi di corruzione;
- Eventi corruttivi e determinanti comportamentali;
- Comportamenti individuali e sistemi di prevenzione della corruzione;
- Il processo di gestione del rischio.

Le tre edizioni fruite nel corso del 2023 si sono svolte nei seguenti periodi:

I edizione: sett - ott

II edizione ott – nov

III edizione nov - dic

Il numero dei partecipanti sono rispettivamente: 138, 89, 103 per un totale di n. **303 dipendenti** formati pari al 17% dei dipendenti totali presenti in servizio.

Nel corso dell'annualità 2024 le 7 edizioni saranno fruite nei periodi:

- 20 gennaio – 19 febbraio
- 20 febbraio – 19 marzo
- 20 aprile – 19 maggio

- 20 giugno – 19 luglio
- 20 settembre – 19 ottobre
- 20 ottobre - 19 novembre
- 20 novembre – 20 dicembre

Per quanto concerne la formazione specifica, nel corso del 2023 il RPCT ed i componenti della Struttura di Supporto al RPCT hanno partecipato ai seguenti due corsi, erogati dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione:

- La gestione del rischio corruttivo: modelli e tecniche nel contesto nazionale ed internazionale – modulo I - in modalità *e,learning* che si è svolto nel periodo tra il 28.09.2023 ed il 31.10.2023 per un totale di 10 gg/30 ore
- La gestione del rischio corruttivo: modelli e tecniche nel contesto nazionale ed internazionale – modulo II - in modalità mista *e,learning* e lezioni in sede SNA, che si è svolto nel periodo tra il 30.11.2023 ed il 18.12.2023 per un totale di 7 gg/30 ore

Nel corso del 2024 è previsto che Referenti e delegati dei Referenti, nonché il personale occupato nei settori a maggior rischio di corruzione, partecipino ai seminari tematici offerti annualmente dalla SNA. Sarà cura del RPCT e della sua Struttura di Supporto gestire la corretta comunicazione dei seminari che via via si renderanno disponibili sul sito SNA e supportare della fase dell'iscrizione ai seminari, anche in collaborazione con l'Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione dell'ISS.

Di norma, i seminari organizzati dalla SNA affrontano le seguenti tematiche:

- Gestione dei conflitti d'interesse nei contratti pubblici;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Fiscalità e contributo unificato.

E' rimandato al 2024 l'evento formativo dedicato alle “*funzionalità della piattaforma informatica anticorruzione ISS*”, a cura del RPCT e della Struttura di Supporto.

Considerata l'obbligatorietà della misura, nel corso del triennio oggetto del presente Piano, per ogni annualità, si richiederà lo stanziamento di fondi per la formazione sull'anticorruzione al fine di organizzare sia interventi di formazione generale che specifica.

LA TRASPARENZA

LA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

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

Nel corso dell'anno 2023 si è continuato a popolare la sezione "Amministrazione Trasparente", garantendo, in tal modo, l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013. Durante l'ultimo trimestre del 2023, come previsto nello scorso PIAO al paragrafo "Attività previste e programmate", l'Ente ha completato il lavoro di **migrazione** di tutta la sezione Amministrazione Trasparente nel nuovo Portale Istituzionale. Tale migrazione si è vista necessaria, in primis, in quanto il nuovo portale garantisce più alti livelli di sicurezza informatica, accessibilità e chiarezza del contenuto. A tal proposito, i componenti della Struttura di supporto all'RPCT, debitamente incaricati di affiancare il Responsabile della pubblicazione dei dati, hanno ricevuto dal personale del Servizio Informatica la formazione circa l'utilizzo del backoffice "liferay", il programma di scrittura per l'upload dei contenuti nella sezione Amministrazione Trasparente, durante la quale sono state illustrate le operazioni necessarie al popolamento, all'accessibilità dei contenuti a termini di legge, ed al loro riuso in altre sezioni del sito attraverso la taggatura.

Anche nel 2023, in attuazione della Delibera ANAC 203/2023, l'Organismo Indipendente di Valutazione ha effettuato la **verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione** al 30 giugno 2023, come da griglia di rilevazione pubblicata in Amministrazione Trasparente, sottosezione *Controlli e rilievi sull'Amministrazione*. I dati la cui pubblicazione si è richiesto di attestare sono quelli presenti nelle seguenti sottosezioni di I livello: *Disposizioni generali; Personale (incarichi conferiti o autorizzati; Bandi di concorso; Provvedimenti; Bandi di gara e contratti; Bilanci; Opere pubbliche; Altri contenuti - Registro degli accessi; Altri contenuti – Prevenzione della corruzione*. A differenza delle annualità precedenti, come richiesto dall'autorità nella suddetta Delibera, per lo svolgimento di tale verifica si è utilizzato un applicativo web reso disponibile sul sito internet dell'Autorità. Successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV, l'RPCT ha assunto le iniziative mirate a superare le criticità rilevate nel corso della verifica in questione circa la completezza dei dati.

L'Organismo, nella propria attività di monitoraggio sulle misure di trasparenza, come previsto dalla suddetta Delibera, ha verificato il superamento delle criticità esposte nella griglia di rilevazione. L'Ente ha poi provveduto alla pubblicazione della scheda di monitoraggio nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Nel rispetto dei termini di cui alla Delibera ANAC 39/2023, al fine di assolvere agli **obblighi di pubblicazione e trasmissione delle informazioni su Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture** dell'anno precedente, ai sensi dell'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, come aggiornato dall'art. 8, comma 2, della legge n. 69/2015, anche per il 2023 si è provveduto, per il dataset al 31/12/2022, alla trasmissione all'Autorità delle informazioni imposte dalla suddetta disposizione, secondo le modalità stabilite dalla sopracitata delibera. Fermo restando la pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 50/2016 e del D.Lgs. 36/2023 recante il "*Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n.78*", di tali informazioni anche nella sezione Amministrazione Trasparente – sottosezione *Bandi di gara e contratti*.

L'Ente si impegna ad assolvere a tutti i premessi adempimenti anche nel corso del 2024.

REDAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ACCESSIBILITA'

La dichiarazione è stata effettuata utilizzando una valutazione conforme alle prescrizioni della direttiva (UE) 2016/2102 mediante autovalutazione effettuata direttamente dal soggetto erogatore. La dichiarazione è stata aggiornata il 18.09.2023 a seguito di una revisione del sito web.

L'Istituto Superiore di Sanità ha da sempre garantito l'applicazione puntuale e precisa della normativa vigente, procedendo nel "popolamento" di ogni singola sotto-sezione di Amministrazione Trasparente in conformità al dettato normativo vigente e della delibera ANAC n. 1310/2016, con aggiornamenti tempestivi, trimestrali, semestrali e annuali, così come richiesto.

MONITORAGGIO TRIMESTRALE DEI LIVELLI DI TRASPARENZA

Verrà attuato il monitoraggio trimestrale dei livelli di trasparenza nella sezione Amministrazione Trasparente da parte del Responsabile della Pubblicazione dei Dati, con conseguente redazione di un report trimestrale che consentirà di rilevare i dati mancanti e quindi intraprendere le azioni necessarie per garantire la completezza delle informazioni pubblicate.

Il costante monitoraggio delle sotto-sezioni in cui si articola la sezione Amministrazione Trasparente del sito iss.it , consentirà – tra l'altro - di evitare il ricorso ad istanze di accesso civico.

ATTIVITA' PREVISTE E PROGRAMMATE

Adempimenti annuali richiesti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)

Tra gli adempimenti in tema di trasparenza, devono essere annoverate le verifiche da effettuarsi entro il 31 gennaio di ciascun anno, esclusivamente in merito ai contratti conclusi entro il 2023, al fine di assolvere *agli obblighi di pubblicazione e trasmissione delle informazioni su Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'anno precedente, , ai sensi dell'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, come aggiornato dall'art. 8, comma 2, della legge n. 69/2015*".

Ciò in conformità con quanto previsto dall'Autorità con la delibera ANAC 39/2016, e fermo restando la pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 50/2016 di tali informazioni anche nella sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Bandi di gara e contratti" del proprio sito istituzionale.

A tale proposito si richiama quanto disposto dalla Autorità Nazionale Anti Corruzione con comunicato del 10 gennaio 2024, dove si precisa che "...Non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l'invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio, con indicazione del luogo di pubblicazione di detto file; di conseguenza, perdono di efficacia le relative specifiche tecniche che disciplinavano le modalità di compilazione e pubblicazione del file XML e di invio ad ANAC della dichiarazione di adempimento..."

Per quanto riguarda gli obblighi e modalità di pubblicazione per le procedure avviate dopo il 01/01/2024, in conformità con quanto disposto da ANAC in tema di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e costituzione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), si ricorda che la BDNCP dal 1° gennaio 2024 assicura la pubblicazione dei dati individuati all'art. 28, co. 3, del Nuovo Codice sui contratti pubblici, tra cui quelli già previsti dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012.

A ciò si aggiunga che entro il 31 marzo di ciascun anno, la sezione "Amministrazione Trasparente" dell'Istituto Superiore di Sanità è sottoposta alle "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e attività di vigilanza dell'Autorità", in base a quanto disposto dall'art. 45, comma 1 del D.Lgs. 33/2013 che attribuisce all'ANAC il compito di controllare "l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, esercitando poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle amministrazioni pubbliche e ordinando di procedere, entro un termine non superiore a trenta giorni, alla pubblicazione di dati, documenti e informazioni ai sensi del presente decreto, all'adozione di atti o provvedimenti richiesti dalla normativa vigente, ovvero alla rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza", e all'Organismo Indipendente di Valutazione

(OIV) dell'ISS di “verificare gli obiettivi connessi alla trasparenza e quelli inerenti in generale alla prevenzione della corruzione, prevedendo a tal fine la possibilità di chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo”.

L'OIV si avvale della griglia di rilevazione che riporta le sotto-sezioni prese in esame dall'ANAC per effettuare la verifica e della scheda di sintesi per attestare l'attività svolta dal RPTC in ordine agli obblighi di pubblicazione e della correttezza dell'adempimento nel termine perentorio e della scheda di attestazione, che certifica l'avvenuta pubblicazione dei dati individuati nella griglia di rilevazione, la loro completezza e l'apertura del formato di ciascun documento.

Tutta la documentazione citata viene pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente/ATTI GENERALI.

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

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

SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE (D.LGS. 33/2013)			
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “DISPOSIZIONI GENERALI”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano Integrato delle Attività ed Organizzazione (PIAO)	Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche • Direzione Centrale Affari Generali 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti generali	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche • Direzione Centrale Affari Generali 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Oneri informativi per cittadini e imprese	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche • Direzione Centrale Affari Generali 	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO “ORGANIZZAZIONE”			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi politici, di	Tempestivo/annuale	Direzione Generale	Responsabile della pubblicazione dei dati

amministrazione, di direzione o di governo			
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	RPCT – Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Responsabile della pubblicazione dei dati
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
Articolazione degli uffici	Tempestivo	Direzione Generale	Responsabile della pubblicazione dei dati
Telefono e posta elettronica	Tempestivo	Direzione Generale	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "CONSULENTI E COLLABORATORI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Presidenza • Direzione Generale • Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche • Direzione Centrale Affari Generali 	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "PERSONALE"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Presidenza 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Tempestivo/Annuale	Direzione Generale	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dirigenti cessati	-----	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Posizioni organizzative	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dotazione organica	Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati

Personale non a tempo indeterminato	Trimestrale/Annuale	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tassi di assenza	Trimestrale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Contrattazione collettiva	Tempestivo	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
Contrattazione integrativa	Tempestivo/Annuale	Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato	Responsabile della pubblicazione dei dati
OIV	Tempestivo	Segreteria OIV	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "BANDI DI CONCORSO"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Bandi di concorso	Tempestivo	Ufficio reclutamento borse di studio e formazione	Ufficio reclutamento borse di studio e formazione
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "PERFORMANCE"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Sistema di misurazione e valutazione della performance	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Segreteria OIV • Ufficio Bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Piano della Performance	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Segreteria OIV • Ufficio Bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Relazione sulla Performance	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Segreteria OIV 	Responsabile della pubblicazione dei dati

		<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione 	
Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Generale • Segreteria OIV • Ufficio Bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Ammontare complessivo dei premi	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati relativi ai premi	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "ENTI CONTROLLATI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Enti pubblici vigilati	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Società partecipate	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Enti di diritto privato controllati	Tempestivo/Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Rappresentazione grafica	Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie 	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tipologia di procedimento	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Responsabile della pubblicazione dei dati

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

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

IBAN e pagamenti informatici	Tempestivo	Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, controllo di gestione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "OPERE PUBBLICHE"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
Atti di programmazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Segreteria CDA	Responsabile della pubblicazione dei dati
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Ufficio logistica, progettazione e manutenzione	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Pianificazione e governo del territorio	La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "INFORMAZIONI AMBIENTALI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Informazioni ambientali	Tempestivo	Responsabile struttura scientifica/amministrativa interessata	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Strutture sanitarie private accreditate	La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS	-----	-----
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo	Direzione Generale	Responsabile della pubblicazione dei dati
SOTTOSEZIONE DI I LIVELLO "ALTRI CONTENUTI"			
Sottosez. di II livello	Aggiornamento	Responsabilità della trasmissione dei dati	Responsabile della pubblicazione dei dati
Prevenzione della Corruzione	Tempestivo/Annuale	RPCT – Responsabile della Prevenzione della	Responsabile della pubblicazione dei dati

		Corruzione e della Trasparenza	
Accesso civico	Tempestivo/Semestrale	<ul style="list-style-type: none"> • RPCT – Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza • Ufficio Affari Generali 	Responsabile della pubblicazione dei dati
Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Annuale	Ufficio Affari Generali – Area Risorse Strumentali e Tecnologie Informatiche	Responsabile della pubblicazione dei dati
Dati ulteriori	_____	-----	Responsabile della pubblicazione dei dati
Atti di notifica	Tempestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio interessato • RPCT - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 	Responsabile della pubblicazione dei dati

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

RPCT (Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza)	Dott. Paolo BOTTINO
Direzione Centrale Risorse Umane ed Economiche	Dott.ssa Rosa Maria MARTOCCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Bilancio, Ragioneria, Affari fiscali, Controllo di gestione 	Dott.ssa Patrizia TANCREDI
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Trattamento Giuridico ed Economico del personale a tempo indeterminato e determinato 	Direttore pro tempore
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Contratti 	Dott. Alessandro VALENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Accordi di collaborazione, consorzi, fondazioni, partecipazioni societarie 	Dott. Marco DES DORIDES
Direzione Centrale Affari Generali	Dott.ssa Claudia MASTROCOLA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Affari Generali 	Dott.ssa Daniela FELICI
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Affari Giuridici ed Istituzionali, Contenzioso del lavoro e disciplinare 	Dott. Letizia SPERANDIO
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Anticorruzione e trasparenza 	Dott. Paolo BOTTINO
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Logistica, Manutenzione e Progettazione 	Arch. Giovanni CARABOTTA
<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio Reclutamento, borse di studio e formazione 	Dott.ssa Francesca LA ROSA
Segretario del Consiglio di Amministrazione	Dott.ssa Daniela FELICI
Segreteria del Collegio dei Revisori	Sig.ra Roberta MURRU
Segretario Struttura tecnica permanente dell'Organismo Indipendente di Valutazione	Dott.ssa Alida LEONARDI
CNT – Centro Nazionale Trapianti	Dott. Massimo Cardillo
CNS – Centro Nazionale Sangue	Dott. Vincenzo DE ANGELIS

Dettaglio dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati. La struttura responsabile della pubblicazione dei dati all'interno della sezione Amministrazione Trasparente – D.lgs. 33/2013, eccezion fatta per le sottosezioni di I livello Bandi di Concorso, Bandi di Gara e Contratti, Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici, è composta dal Dott. Edoardo DI MATTEO, dalla Sig.ra Francesca CELLETTI e dal Sig. Primo GENTILI. Il Dott. Edoardo DI MATTEO è indicato quale soggetto "Responsabile della pubblicazione dei dati".

Nome della banca dati	Amm. che detiene la banca dati	Norma/e istitutiva/e della banca dati	Obblighi previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013
Perla PA	PCM-DFP	- Artt. 36, co. 3, e 53 del d.lgs. n. 165 del 2001; - art. 1, co. 39-40, della legge n. 190 del 2012	Art. 15 (<i>titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</i>); art. 17 (<i>dati relativi al personale non a tempo indeterminato</i>); art. 18 (<i>dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici</i>)
SICO - Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle Amministrazioni pubbliche	MEF-RGS (IGOP)	artt. 40-bis, co. 3, e 58-62 del d.lgs. n. 165 del 2001	Art. 16, co. 1-2 (<i>dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato</i>); art. 17 (<i>dati relativi al personale non a tempo indeterminato</i>); art. 21, co. 1 (<i>dati sulla contrattazione collettiva nazionale</i>); art. 21, co. 2 (<i>dati sulla contrattazione integrativa</i>)
Patrimonio della PA	MEF-DT	- Art. 2, co. 222, della legge n. 191 del 2009; - art. 17, co. 3-4, del decreto legge n. 90 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 114 del 2014	Art. 22, commi 1 e 2 (<i>dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalle amministrazioni pubbliche o in cui le Amministrazioni nominano propri rappresentanti negli organi di governo</i>); art. 30 (<i>dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti delle amministrazioni pubbliche</i>)
BDAP - Banca Dati Amministrazioni Pubbliche	MEF-RGS	Art. 13 della legge n. 196 del 2009; - decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 23411 del 2010; - d.lgs. n. 229 del 2011; - d.lgs. n. 228 del 2011;	Art.29, co. 1 (<i>bilanci preventivi e consuntivi delle amministrazioni pubbliche</i>) Art. 37, comma 1, lett. a), b), c) (<i>informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori</i>) Art. 38 (<i>Pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche</i>).
Sito internet ANAC	ANAC	/	/
Censimento auto di servizio	PCM - Funzione Pubblica: Censimento auto di servizio	/	/

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

ACCESSO CIVICO SEMPLICE ED ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

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

Nel primo insieme di casistiche, nel corso del 2023 le richieste di **accesso civico semplice e generalizzato (c.d. FOIA)** ammontano a 72 e d'altro canto non si registrano da parte dell'RPCT

segnalazione di carenza di pubblicazione/trasmissione di dati all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari, né al vertice politico né frattanto all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Riguardo le **istanze di riesame**, si precisa che le istanze pervenute nel 2023 ammontano a zero.

Anche nel 2023, l'attività di gestione delle richieste di accesso civico semplice e generalizzato (c.d. FOIA) sono state curate dall'Ufficio I Affari Generali della Direzione Centrale degli Affari Generali, il quale ha fornito il supporto giuridico necessario alle strutture amministrative e scientifiche dell'ISS destinatarie, per competenza, delle istanze di accesso civico, al fine di sensibilizzarle ad una maggiore consapevolezza circa il rispetto delle scadenze legali delle attività di riscontro a dette istanze.

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

Infine, al fine di definire la corretta gestione del flusso documentale scaturente dalle richieste di accesso civico semplice e generalizzato, nonché per evitare la generazione di contenzioso, nel corso del 2024 sarà elaborata una procedura interna, trasversale a tutte le strutture di volta in volta interessate, che disciplini nel dettaglio l'attività in esame, dalla presa in carico dell'istanza alla sua evasione.

BILANCIAMENTO TRA TRASPARENZA E PRIVACY

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

A tal fine si è ritenuto necessario avviare una idonea attività di interlocuzione e di confronto continuo con il RPD volta a verificare che sul sito di "Amministrazione Trasparente" ci sia il compiuto rispetto delle regole imposte dalla legge relativamente ai dati pubblicati.

Nella sezione Amministrazione Trasparente è garantita la piena accessibilità delle informazioni e i dati personali pubblicati rispettano il principio di "non eccedenza", salvaguardando il dettato del Garante per la Protezione dei dati personali.

La collaborazione, che nel corso del 2023 è stata costante e proficua, ha portato al perfezionamento di alcune procedure di pubblicazione di dichiarazioni rese dai dipendenti, con l'oscuramento, in prevalenza effettuato in modalità informatizzata, dei dati personali eccedenti le finalità di trasparenza, nonché all'immediata rimozione di eventuali documenti che potessero andare in contrasto con la normativa vigente. Un'attenzione particolare è stata data alla pubblicazione dei curricula del

personale dipendente e non, ritenuto un ambito di trattamento con rilevanti rischi sui diritti e libertà degli interessati.

Continuerà anche nell'anno 2024 la collaborazione con il Responsabile della Protezione dati per garantire il rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, nel più ampio contesto del relativo bilanciamento con gli obblighi di trasparenza.

2.3.3.4 LE FASI TRASVERSALI DI CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE E RIESAME

CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

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

Nell'anno 2023 costante è stata la comunicazione con le Strutture ISS per fornire la necessaria assistenza sull'uso della piattaforma informatica anticorruzione.

La comunicazione tra RPCT e Referenti è avvenuta sia attraverso il mezzo della posta elettronica che con incontri organizzati ad hoc su tematiche varie.

Nel corso dell'anno si sono svolti incontri con i Referenti e/o delegati delle seguenti Strutture:

- Centro Nazionale Malattie Rare
- Centro nazionale protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
- Servizio tecnico scientifico Grant Office e trasferimento tecnologico
- Centro Nazionale Sperimentazione e Benessere Animale
- Servizio tecnico scientifico biologico
- Centro Nazionale Sangue
- Centro Nazionale Trapianti
- DAMSA ► Esposizione umana a contaminanti ambientali
- Dipartimento Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria
- Dipartimento Neuroscienze
- Centro Nazionale Salute Globale

Sono stati inoltre organizzati tavoli di lavoro con i Referenti dei seguenti Uffici Dirigenziali:

STRUTTURA	DATA	TEMATICHE TRATTATE
UFFICIO CONTRATTI	22 giugno 2023	<ul style="list-style-type: none"> - MAPPATURA DEI PROCESSI ED ANALISI DEI RISCHI DELL'UFFICIO (COMPATIBILITA' CON LE DISPOSIZIONI DEL PNA); - DISCIPLINA GENERALE DELL'ATTIVITA' CONTRATTUALE IN ISS (ATTIVITA' DI COMPETENZA UFFICIO TECNICO, STRUTTURE TECNICO SCIENTIFICHE, CNT E CNS); - PUBBLICITA' DEI BANDI DI GARA; - AFFIDAMENTI DIRETTI NELL'AMBITO DI "PROGETTI E CONVENZIONI"; - PANTOUFLAGE; - PATTI DI INTEGRITA'/PROTOCOLLI DI LEGALITA'; - ADEMPIMENTO PUBBLICAZIONE DATI EX ART. 1 COMMA 32 LEGGE N° 190/2012; - ASSEGNAZIONE INCARICHI NELLE COMMISSIONI DI GARA (VERIFICA ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E DI INCOMPATIBILITA'); - ROTAZIONE DEL PERSONALE; - CODICE DI COMPORTAMENTO;
UFFICIO RECLUTAMENTO BORSE DI STUDIO E FORMAZIONE	06 giugno 2023	<ul style="list-style-type: none"> - MAPPATURA DEI PROCESSI ED ANALISI DEI RISCHI DELL'UFFICIO; - PANTOUFLAGE (INSERIMENTO DI CLAUSOLE NEGLI ATTI DI ASSUNZIONE DEL PERSONALE); - PUBBLICITA' DEI BANDI DI CONCORSO; - ASSEGNAZIONE INCARICHI NELLE COMMISSIONI DI CONCORSO (VERIFICA ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE E DI INCOMPATIBILITA'); - ROTAZIONE DEL PERSONALE; - CODICE DI COMPORTAMENTO
Ufficio TRATTAMENTO GIURIDICO DEL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO E RELAZIONI SINDACALI	31 maggio 2023	<ul style="list-style-type: none"> - MAPPATURA DEI PROCESSI ED ANALISI DEI RISCHI DELL'UFFICIO - PANTOUFLAGE (INSERIMENTO DI CLAUSOLE NEGLI ATTI DI COLLOCAMENTO A RIPOSO DEL PERSONALE); - AUTORIZZAZIONI ALLO SVOLGIMENTO DEGLI INCARICHI; VERIFICA DELLA RELATIVA "CIRCOLARE"; SISTEMA "PERLAPA"; - INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' E RELATIVA VERIFICA SULLA VERIDICITA' DELLE AUTODICHIARAZIONI PRESENTATE; - 35-BIS DEL D.LGS. 165 DEL 2001: "COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI DI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LE PA"; - ROTAZIONE DEL PERSONALE; - CODICE DI COMPORTAMENTO

Nel corso dell'anno 2024, in occasione delle attività di RIESAME e MONITORAGGIO DI I LIVELLO saranno organizzate sessioni di affiancamento/supporto ai Referenti. Presso un'aula dedicata, in giornate ed orari specifici di cui verrà data ampia e preventiva comunicazione ai Referenti

e loro delegati, il RPCT e la Sua Struttura di Supporto saranno a disposizione per fornire consulenze sulla compilazione dei dati in piattaforma informatica.

IL RIESAME DEL CICLO

L'attività di riesame periodico è il momento in cui dover riesaminare la funzionalità del ciclo di gestione del rischio nel suo complesso e i risultati ottenuti al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente proporre di nuovi.

In questa fase è possibile poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e ponderazione del rischio.

Nel 2023, la fase di RIESAME del ciclo ha avuto avvio nel mese di aprile.

Il RPCT, con mail datata 26 aprile 2023 e con fissazione della scadenza per l'adempimento al 26 maggio 2023, ha chiesto ai Referenti di provvedere, utilizzando lo strumento della Piattaforma Informatica Anticorruzione dell'ISS, ad effettuare il riesame del ciclo nel suo complesso. Nel dettaglio è stato chiesto:

- 1) di verificare che i PROCESSI fossero ancora tutti attuali;
- 2) di verificare che le FASI di cui si compongono i processi fossero correttamente rappresentate verificandone al contempo la correttezza della descrizione, del soggetto attuatore, della misura di contenimento proposta;
- 3) di effettuare l'analisi del rischio avendo particolare cura di indicare eventuali nuovi rischi emergenti;
- 4) di verificare, tenendo in giusta considerazione il monitoraggio delle misure effettuata nell'anno precedente, se fosse necessaria una revisione delle misure proposte.

Qualora si fosse verificata la necessità di apportare modifiche ai dati rappresentati in piattaforma i Referenti erano invitati ad inviare una mail all'indirizzo dedicato piattaforma.anticorruzione@iss.it.

Entro la scadenza fissata sono pervenute n. 23 richieste di modifica di vario genere.

Le modifiche hanno riguardato l'inclusione di nuovi processi e l'eliminazione di processi superati e sono state acquisite nella base dati della piattaforma informatica.

Nel corso del 2024 è prevista una nuova fase di RIESAME che avverrà entro il primo semestre dell'anno, tale da permettere una ripartenza del ciclo basata su dati aggiornati.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

In questa sottosezione si presenta il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione/Ente:

- **livelli di responsabilità organizzativa** (es. Capi e Direttori Dipartimenti/Centri/Uffici amministrativi; Capi Reparto/Responsabili di Servizio), **n. di fasce per la gradazione delle posizioni dirigenziali e simili** (es. posizioni organizzative);
- **ampiezza media delle unità organizzative** in termini di numero di dipendenti in servizio;
- **altre eventuali specificità del modello organizzativo**, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurare la sua coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati (es. eventuali proposte di modifica dello Statuto in coerenza con PTA-PdP).

Tale sottosezione è finalizzata a fotografare e a programmare i livelli di salute delle risorse organizzative dell'Ente al fine di migliorare le performance, di contenere i rischi e, in ultima istanza, in funzione della creazione di Valore Pubblico.

Nelle precedenti sezioni 1.3.1 e 1.3.2 si è già illustrato lo schema di organigramma dell'Ente in conformità al Regolamento di organizzazione e funzionamento ISS e la relativa rappresentazione in cifre del personale ascritto alle differenti strutture tecnico- scientifiche ed amministrative in cui lo stesso si dispiega.

Vale la pena richiamare la specificità delle figure professionali di Ricercatori e Tecnologi rispetto ai profili tecnico - amministrativi dell'Ente, secondo la disciplina prevista dalle previsioni del D.P.R. 171/1991 e dall'applicazione del CCNL del comparto istruzione e ricerca, sottoscritto per la parte economica il 06/12/2022 e per la parte normativa il 18/01/2024, nel rispetto del quale sono individuate le risorse umane inquadrare secondo le carriere professionali parallele dei profili della ricerca; partendo dall'inquadramento giuridico di base, sono previsti i passaggi nei livelli dal III al I:

- Ricercatori/Tecnologi: III livello;
- Primi Ricercatori/Primi Tecnologi: II livello;
- Dirigenti di Ricerca/Dirigenti Tecnologi: I livello.

Per il personale dei livelli IV-VIII, invece, sono riconosciute – partendo dai livelli di ingresso - quattro carriere di inquadramento giuridico:

- Operatore tecnico: livelli VIII-VII-VI;
- Collaboratore di amministrazione: VII-VI-V;
- Collaboratore tecnico Ente di ricerca: livelli VI-V-IV;

- Funzionario di amministrazione: livelli V-IV.

In data 06 dicembre 2022 è stato sottoscritto il CCNL sui principali aspetti del trattamento economico del personale del comparto Istruzione e ricerca – triennio 2019-21 parte economica ed in data 18 gennaio 2024 è stata sottoscritta la parte normativa.

In ordine alla dirigenza pubblica, resta in vigore la doppia articolazione ex art 19 D.lgs. 165/2001 differenziata tra incarichi di livello dirigenziale non generale e incarichi di livello dirigenziale generale, ovvero le posizioni amministrative di vertice gerarchicamente articolate in:

1. Dirigenti amministrativi di I fascia (livello generale);
2. Dirigenti amministrativi di II fascia (livello non generale).

3.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il 22 marzo 2022 sono state approvate le *Linee Guida sulla disciplina del lavoro a distanza* dell'Istituto Superiore di Sanità, gestito in modalità sperimentale, adottate previo confronto con le OO.SS. e le RSU nel pieno rispetto degli obblighi, dei doveri e dei diritti connessi al rapporto di lavoro subordinato previsti per legge e per contratto, nonché nel rispetto della disciplina interna vigente. Dette Linee Guida, in particolare, prevedono che il lavoro a distanza possa essere applicato al personale di ruolo, anche part-time, nonché al personale a tempo determinato, nella misura in cui sia compatibile con la condizione delle attività per cui è stato instaurato il rapporto di lavoro.

Anche dopo il superamento dello stato di emergenza dovuto alla pandemia da Covid-19, il lavoro a distanza, istituito previsto dall'art. 14 della legge n. 124/2015 e disciplinato dagli artt. 18 e ss. della legge n. 81/2017 e dalla contrattazione collettiva, si è caratterizzato nella pubblica amministrazione quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro in alternanza a quella da svolgere in presenza presso la sede dell'Ente.

L'anno 2022 ha visto la cessazione del lavoro a distanza quale strumento giuridico emergenziale di lotta alla pandemia con il contestuale passaggio ad un sistema "ordinario", basato sui due punti cardine che sono la prevalenza del lavoro in sede (già prevista nel DPCM 23 settembre 2021 a partire dal mese di ottobre dello stesso anno) e la subordinazione del lavoro a distanza al rispetto di condizioni operative, quali la previa stipula di un accordo individuale per la fissazione dei criteri essenziali della prestazione lavorativa, la rotazione del personale dipendente, la presenza di strumenti informatici adeguati, l'assenza di pregiudizio delle attività avuto riguardo in particolare di quelle dirette in favore degli utenti (criteri e condizioni fissati dal decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 8 ottobre 2021).

Il decreto ministeriale 30 giugno 2022 n. 132 (contenente norme di definizione del contenuto del PIAO) all'art. 4, ha, inoltre, valorizzato il lavoro a distanza, non solo come strumento di conciliazione tra la vita personale ed il lavoro, ma anche come occasione di innovazione organizzativa ed efficientamento dei processi. In tale contesto, l'Istituto ha adottato le citate Linee Guida per la cui attuazione è stato eseguito un significativo investimento tecnologico e dal 1° dicembre 2022 le stesse regolano "a regime" (fatta salva la possibilità di innovazioni e modifiche a seguito della sottoscrizione della nuova parte normativa del CCNL di comparto) l'istituto del lavoro a distanza nell'Ente.

Il 2023 ha visto la piena operatività della procedura, completamente informatizzata, destinata alla finalizzazione degli accordi di lavoro a distanza nelle due modalità del *telelavoro domiciliato* e del *lavoro agile*, definite sulla base delle indicazioni che nel corso dell'anno 2022 è stato possibile trarre dal *leading case* offerto dalla regolamentazione dell'istituto prevista nell'ambito del CCNL delle Funzioni centrali.

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

In particolare, quanto al **lavoro agile** (ex lege n. 81/2017), si precisa che trattasi di una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi previamente individuati dalle amministrazioni, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro nonché una mobilità sul territorio più sostenibile.

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

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto, per cui il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza.

L'amministrazione garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della qualità della prestazione e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

Fermo restando che, per gli Enti di Ricerca, sono oggetto di confronto sindacale i criteri generali delle modalità attuative del lavoro agile nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi, l'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile. Sono esclusi i lavori effettuati in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

L'amministrazione avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure, previo confronto con i sindacati.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, e deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali: durata; modalità di svolgimento; modalità di recesso; ipotesi di giustificato motivo di recesso; indicazione delle fasce di articolazione della prestazione e diritto alla disconnessione; i tempi di riposo del lavoratore etc.

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle fasce temporali di contattabilità e di inoperabilità (11 ore di riposo consecutivo tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo). Nelle fasce di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, che rallentano o impediscono l'attività, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente, che può richiamare il dipendente a lavorare in presenza.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio può anche comportare, nei limiti e con le modalità concordate con il dirigente responsabile, il recupero delle giornate di lavoro agile non fruito.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di reperibilità, in cui non sono richiesti i contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'amministrazione.

Nel piano di formazione saranno previste specifiche iniziative formative ad hoc per il personale che usufruisca della modalità agile.

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

Il lavoro da remoto è realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici, messi a disposizione dall'amministrazione e può essere svolto nelle forme seguenti: a) telelavoro domiciliare; b) altre forme di lavoro a distanza, come il coworking (spazio di lavoro condiviso) o il lavoro decentrato da centri satellite.

Il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio (orario di lavoro, riposi, pause, permessi orari e trattamento economico).

Fermo restando che, per gli Enti di Ricerca, sono oggetto di confronto sindacale i criteri generali delle modalità attuative del lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi, l'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile. Le amministrazioni possono adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo (con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio) nel caso di attività, previamente individuate dalle stesse amministrazioni, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli obiettivi ed automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

L'amministrazione concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale.

Al lavoro da remoto si applica quanto previsto in materia di lavoro agile dall'art. 13 (Accordo individuale) con eccezione del comma 1, lett. e) dello stesso (fasce di contattabilità e inoperabilità), dall'art. 14 (Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione), commi 4 e 5 e dall'art. 15 (Formazione).

Al fine di aggiornare il personale sulle nuove indicazioni in materia di lavoro a distanza previste dal predetto CCNL nonché dal Decreto c.d. "Milleproroghe" (decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215 contenente "*Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*"), con il quale non si è proceduto alla proroga del lavoro a distanza per il personale della pubblica amministrazione, salvaguardando soltanto la posizione dei lavoratori del settore privato, fragili o genitori di figli al di sotto dei 14 anni, l'Ente ha predisposto un documento per richiamare i principi fondanti del lavoro a distanza ed emanare ulteriori specifiche indicazioni in ordine alla regolamentazione del suo svolgimento. Con

tale documento, in particolare, viene sottolineato che il lavoro a distanza, nella doppia accezione del lavoro agile e del lavoro da remoto (c.d. telelavoro domiciliare) deve caratterizzarsi quale modalità di esecuzione della prestazione in alternanza con quella resa all'interno dei locali dell'amministrazione e che la distribuzione nel mese dei giorni di attività da svolgere a distanza configura per il lavoratore un diritto, che si deve conciliare con le effettive e reali esigenze legate alle attività ed agli obiettivi dell'ufficio, per i quali sia il dipendente che il direttore di struttura sono responsabili secondo la legge ed il codice di comportamento.

Appare, pertanto, ormai delineato un nuovo quadro organizzativo del lavoro pubblico caratterizzato, da un lato, da una forma espressiva sostanzialmente in linea con la concezione tradizionale della subordinazione (ovvero, il telelavoro domiciliare) e, dall'altro, da una nuova modalità connotata da elevati profili di autonomia, fermo restando il principio basilare dato dalla integrazione del lavoratore nell'ambito della potestà organizzativa del datore di lavoro.

Tutti gli accordi firmati, concernenti sia il personale di ruolo che quello a tempo determinato, vengono infine come da norma inoltrati, sempre in forma automatizzata, al competente Centro regionale per l'impiego.

3.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Come noto, nell'ambito degli Enti pubblici di ricerca (EPR) sono due gli strumenti attraverso i quali si delinea la programmazione dei fabbisogni di personale, il Piano Triennale di Attività (PTA), di cui il piano di fabbisogni di personale costituisce un allegato ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. n. 218/16 recante ed il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione - introdotto dal legislatore quale strumento di raccordo e semplificazione, nell'ambito della programmazione triennale, per tutte le Pubbliche Amministrazioni compresi gli EPR - nell'ambito del quale il tema delle risorse umane è tema centrale e richiede però, nello specifico, un necessario raccordo con quanto previsto dal PTA.

Per quanto concerne l'Istituto Superiore di Sanità, come anticipato in premessa al documento, si è recentemente perfezionata la procedura di nomina del Presidente dell'Ente, che è stato individuato con D.P.C.M. del 19 dicembre 2023 nel Prof. Rocco Domenico Alfonso Bellantone già Commissario Straordinario dell'Ente dal settembre 2023.

La nomina si è poi perfezionata con la comunicazione all'Ente, da parte del Ministero Vigilante, avvenuta in data 10 gennaio 2024 e con il perfezionamento del predetto provvedimento di nomina è venuta meno la concentrazione delle funzioni istituzionali prevista durante la straordinaria gestione commissariale dell'Ente.

Pertanto considerato che la procedura di nomina degli Organi collegiali dell'Ente (Consiglio di Amministrazione e Comitato Scientifico) è ad oggi ancora in corso di perfezionamento, si è ritenuto comunque necessario e doveroso assicurare l'adozione del PIAO, entro il termine prescritto dalla normativa di riferimento (31 gennaio 2024) pur in assenza del Piano Triennale di Attività che verrà invece adottato non appena saranno costituiti gli organi collegiali CDA e CS.

Il PIAO, e conseguentemente il piano di fabbisogni di personale, viene adottato a mezzo di atto monocratico del Presidente ai sensi dell'art. 4, comma 3 lett. g) dello Statuto, e sarà poi portato a ratifica del Consiglio di Amministrazione alla prima seduta utile.

In considerazione di quanto sopra richiamato per quel che concerne la programmazione del fabbisogno di personale si ritiene coerente, in questa sede e per le ragioni sopra espresse, confermare la programmazione già delineata nei documenti programmatici PTA e PIAO nel triennio 2022-2024 e 2023-2025, riservandosi di procedere un aggiornamento della programmazione in parola attraverso il Piano Triennale di Attività 2024-2026 di prossima adozione.

Per quel che concerne in particolare l'annualità corrente, 2024, l'Ente intende mantener fede all'intento, già espresso ed attuato attraverso le programmazioni di fabbisogno di personale sopra richiamate, di valorizzare le professionalità interne con particolare riferimento al soddisfacimento delle aspettative di carriera maturate dal personale di ricerca, anche al fine di contrastare il depauperamento delle figure tecnico scientifiche apicali, causato dal pensionamento di numerose unità di personale.

In tal senso si procederà pertanto ad ulteriori scorrimenti delle graduatorie vigenti relative alle procedure selettive ex art. 15 CCNL 07.04.2006, già oggetto di informativa alle Organizzazioni Sindacali.

In particolare, relativamente al profilo di I Ricercatore si procederà ad uno scorrimento di 207 unità, relativamente al profilo di I Tecnologo si procederà ad uno scorrimento di 16 unità e per quel che concerne il profilo di Dirigente di Ricerca si procederà ad uno scorrimento di 15 unità. Tali scorrimenti a fronte di un ridotto impatto finanziario consentiranno all'Ente di non disperdere, anzi al contrario di finalizzare, l'esperienza ed il patrimonio di competenze maturate dal personale appartenente ai profili interessati.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il Piano Triennale di Formazione 2024-2026 (PFT) è predisposto ai sensi del D.Lgs n. 165/2001 e del D.P.R. n. 70/2023 (articolo 8) e delle previsioni normative introdotte con la lettera b) del comma 2 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 (convertito in legge con modifiche con L. n. 113/2021) che

stabiliscono che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce: *“la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale.*

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

Le proposte di formazione per il triennio 2024-2026 saranno progettate attraverso un'analisi delle necessità formative qualitative e quantitative, nell'intento di coniugare gli oneri di adempimento ed aggiornamento normativi alle esigenze di sviluppo delle competenze professionali del personale.

A tal fine la Direzione Centrale degli Affari Generali avvierà nel corso del 2024 una nuova ricognizione relativa ai fabbisogni di formazione interna per il personale, coinvolgendo i Direttori delle strutture dell'area tecnico-scientifica (Dipartimenti, Centri, Servizi tecnico-scientifici) e dell'area amministrativa (Direzioni Centrali ed i relativi Uffici) dell'Ente, anche in considerazione del fatto che con disposizione commissariale n. 5 del 19.10.2023 sono stati apportati degli aggiornamenti al Regolamento di Organizzazione e funzionamento dell'Ente, volti a recepire intervenute modifiche normative e, a favorire una maggiore razionalizzazione degli assetti amministrativi e delle competenze delle due Direzioni Centrali, al fine di migliorare l'efficienza gestionale dell'Ente, l'efficacia dell'azione amministrativa e la gestione unitaria del personale e dei servizi comuni, anche attraverso strumenti di innovazione amministrativa e tecnologica. All'esito dell'indagine formativa saranno ridefiniti gli obiettivi formativi dell'Istituto, tenendo conto delle risorse complessive a disposizione.

Le iniziative di formazione si distinguono, come previsto dall'art. 2 del Disciplinare in materia di formazione per il personale dipendente approvato con Decreto n. 28/2020 del 28.1.2020, in formazione obbligatoria, formazione generale e formazione specifica.

Formazione obbligatoria e specifica

Nell'ambito della formazione in materia di anticorruzione, obbligatoria ai sensi della Legge 190/2012, si è dato avvio, nel secondo semestre del 2023, alla realizzazione di un corso di formazione, rivolto a tutto il personale dell'Ente, dal titolo “Prevenzione e contrasto alla corruzione nelle PA:

dalla legge 190/2012 al PNRR” mediante la stipula di una convenzione con la Scuola Nazionale dell’Amministrazione.

La Convenzione prevede complessivamente dieci edizioni, tre espletate nell’anno 2023, le restanti sette saranno svolte nel corso dell’anno 2024.

Il corso garantisce una formazione base in cui verrà data esemplificazione delle nozioni teoriche e giuridiche della disciplina in tema di prevenzione della corruzione, partendo dalla legge 190/2012 per arrivare a esaminare i più recenti sviluppi in materia, con particolare attenzione alle novità introdotte dal PNRR.

Per quanto concerne la formazione specifica, nel corso del 2023 il RPCT ed i componenti della Struttura di Supporto al RPCT hanno partecipato a corsi, erogati dalla Scuola Nazionale dell’Amministrazione riguardanti “la gestione del rischio corruttivo: modelli e tecniche nel contesto nazionale ed internazionale” – Moduli I e II.

Per ulteriori dettagli, si può far riferimento alla sezione anticorruzione del PIAO 2024-2026 al paragrafo dedicato alla formazione.

Per quanto concerne la formazione specifica ad iniziativa individuale, la Scuola Nazionale per l’anno 2024 propone varie tipologie di corsi, utili per l’accrescimento professionale individuale, nei settori in cui opera il personale (già altamente professionalizzato) tali corsi potranno essere richiesti dal personale interessato e, previa autorizzazione, acquistati “a catalogo”.

Sempre in tema di formazione specifica, l’Ente è invitato a fruire dell’offerta formativa per il personale degli EPR, partecipando a tavoli tecnici predisposti da CODIGER e INAPP. In tale contesto, nell’anno 2023 l’Istituto Italiano di Studi Germanici ha organizzato corsi di lingua tedesca – *in collaborazione con il Goethe Institut* – aperti a tutto il personale degli EPR dei quali ha fruito anche il personale dell’Istituto.

Formazione generale

Per quel che concerne la formazione generale, sono previsti percorsi di formazione per il personale dei livelli che opera nell’Area Amministrativa da fruire tramite convenzioni quadro e/o catalogo SNA e/o per il tramite di altre offerte formative da ricercare in house o in outsourcing – in materia di:

- Aggiornamento sulla normativa amministrativo-contabile;
- Transizione al digitale (per il RTD e il personale del SD);
- *learn management* (per tutti i Dirigenti amministrativi ed i Direttori di Struttura).
- Specifici percorsi di formazione/aggiornamento in materie giuridico-amministrative e gestionali rivolti ai dipendenti con qualifiche funzionali da fruirsi presso la SNA o altre istituzioni formative, anche in modalità da remoto.

Si rappresenta inoltre che nel corso del 2023 sono stati svolti corsi, rivolti a tutto il personale dell'ente, in informatica di base e potenziamento delle digital skills; privacy e cyber security (in formazione generale per i dipendenti; per aggiornamento specifico per i referenti SI e il DPO).

Per quanto poi concerne l'iniziativa promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'utilizzo della Piattaforma Syllabus, nell'arco dell'anno 2023 è stata diffusa un'informativa da parte del Responsabile per la Transizione al Digitale a tutto il personale per l'uso della Piattaforma Syllabus, ed in tal senso si opererà anche nel corso del 2024.

L'accesso alla piattaforma, che avviene collegandosi al sito <https://syllabus.gov.it>, consente di usufruire dell'offerta formativa in *modalità e-learning*, offerta formativa utile a migliorare le competenze dei dipendenti pubblici (tra cui anche il personale neoassunto) e per supportare i processi di innovazione delle amministrazioni a partire da quelli relativi alla transizione digitale.

Si rappresenta, infine che il Dipartimento della Funzione Pubblica ha individuato quali soglie di adesione il 30% del personale per il 2023, il 50% per il 2024 e il 75% per il 2025, e che per l'Istituto Superiore di Sanità, al termine dell'anno 2023, è stato possibile rilevare già una percentuale pari al 67% del personale.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE



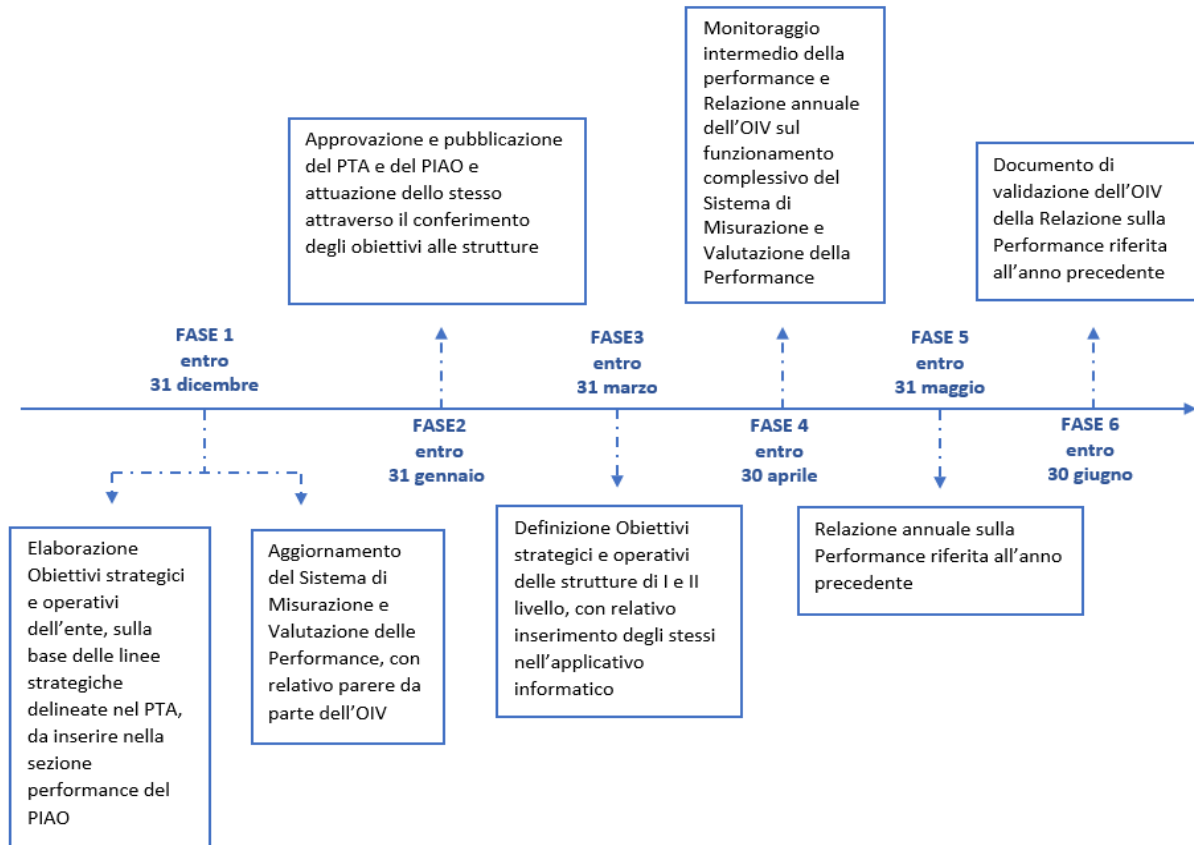
Al fine di poter misurare il valore pubblico generato dall'Ente e migliorare le decisioni dei vertici, viene effettuato un monitoraggio, sia in ambito istituzionale che strategico, degli obiettivi di performance. Il monitoraggio consente di quantificare i contributi delle diverse articolazioni organizzative dell'Ente e degli individui che lo popolano nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e come tali contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi generali di Performance e di valore

pubblico dell'Ente. Il monitoraggio permette di effettuare anche considerazioni previsionali in un'ottica di misurare e valutare l'efficacia del valore pubblico per la società e per tutti gli utenti portatori d'interesse.

Attraverso l'individuazione degli output/outcome prodotti in coincidenza con i rispettivi target di risultato per ciascun obiettivo declinato è possibile definire una misurazione del raggiungimento degli obiettivi. Tale misurazione è uno strumento necessario per poter monitorare regolarmente l'andamento delle attività degli obiettivi e valutare tempestivamente la necessità di implementare o meno azioni correttive in corso d'opera. La rilevazione di eventuali scostamenti tra quanto atteso ed effettivamente raggiunto, viene espressa tramite parametri contabili, quantitativi e qualitativi e rappresentata in un report di misurazione intermedia da presentare entro il 30 aprile di ogni anno e in un report annuale, entrambi sottoposti dal controllo di gestione all'attenzione del Direttore generale, al fine di evidenziare l'andamento reale delle attività e di consentire, se necessario, l'attivazione di meccanismi retroattivi di feedback che porteranno a una rimodulazione o modifica degli obiettivi precedentemente definiti. La misurazione e la valutazione coinvolgono sia la performance organizzativa delle strutture che la performance individuale del personale.

Il processo di definizione e monitoraggio degli obiettivi si sviluppa mediante l'impiego dell'applicativo informatico della performance, dove le strutture di I livello inseriscono i propri obiettivi collegandoli agli obiettivi strategici dell'Ente e allo stesso modo le strutture di II livello inseriscono la partecipazione agli obiettivi della struttura di I livello a cui afferiscono, il tutto entro il primo trimestre dell'anno di riferimento. Tali obiettivi verranno rendicontati nella fase di rendicontazione degli obiettivi di performance dell'Ente che avviene entro il 31 maggio, al fine di

conseguire la validazione e pubblicazione della Relazione annuale sulla Performance entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento, come di seguito rappresentato:



In fase 4 di monitoraggio risulta fondamentale per intervenire con tempestive correzioni prima che lo scostamento diventi troppo grande. L'analisi degli scostamenti viene rappresentata attraverso la percentuale calcolata di raggiungimento degli obiettivi strategici sulla base dei rispettivi indicatori definiti in fase di definizione degli obiettivi. La percentuale di raggiungimento complessiva degli obiettivi strategici annuali sarà rappresentata dalla somma del numero di obiettivi "raggiunti" e "parzialmente raggiunti", in rapporto al totale degli obiettivi strategici stabiliti. Di seguito una rappresentazione dei parametri percentuali di riferimento utilizzati per la valutazione in fase di monitoraggio e rendicontazione.

La possibilità di usufruire di un sistema informativo ampio, integrato e, per quanto possibile, automatizzato, agevola l'attività di monitoraggio della performance, rendendo visibile in tempo reale, attraverso interfacce semplici e intuitive, l'andamento dei vari dipartimenti, centri e servizi. A tal fine l'Ente intende proseguire nello sviluppo di un'integrazione tra gli applicativi interni che attualmente

consentono il monitoraggio del raggiungimento sia degli obiettivi di performance che di quelli di anticorruzione attraverso lo sviluppo di nuove sezioni. La realizzazione di un sistema di monitoraggio integrato tra Performance ed Anticorruzione sarà uno strumento utile per raccogliere in maniera continua, sistematica e sempre aggiornata le informazioni sull'andamento complessivo dell'intera Organizzazione. Tale sistema integrato permetterà di realizzare report utili alla dirigenza per orientare e sostenere le proprie decisioni. Parte integrante del sistema di monitoraggio della performance è la collaborazione e la supervisione da parte dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV) sia per il rispetto degli adempimenti normativi sia per supportare l'amministrazione sul piano metodologico da utilizzare per l'organizzazione della performance all'interno dell'Ente.

4.2 MONITORAGGIO SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Monitoraggio delle misure generali

Verrà assicurato, anche per il periodo di vigenza del presente Piano, il monitoraggio semestrale delle misure generali anticorruzione.

Semestralmente i Referenti degli Uffici Amministrativi responsabili dell'applicazione delle diverse misure generali, così come individuate nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO, dovranno relazionare circa l'effettiva applicazione delle stesse e ad illustrare eventuali problematiche riscontrate, avendo cura, quando necessario, di suggerire soluzioni alternative e/o migliorative.

Monitoraggio delle misure specifiche

Come già evidenziato il processo di gestione del rischio deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e di riscontri in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del miglioramento progressivo e continuo. La fase di monitoraggio permette che il miglioramento progressivo sia costante e partecipato.

L'attività di monitoraggio dell'applicazione delle misure specifiche di contenimento viene svolta in ISS attraverso il mezzo della piattaforma informatica ed avviene in due specifici momenti:

- Il monitoraggio di primo livello effettuato in autovalutazione da parte dei Referenti permette un primo livello di analisi in capo alla Struttura che è chiamata ad adottare la misura ed avviene solitamente nei mesi di ottobre/novembre di ciascun anno;
- Il monitoraggio di secondo livello viene svolto a cura del RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto, che verificherà la reale applicazione delle misure di contenimento proposte e

valutate come applicate nella fase di autoanalisi. Questa attività viene svolta solitamente nel mese di dicembre.

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

Nel mese di novembre 2023 le Strutture dell'ISS sono state invitate ad effettuare il monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure di contenimento proposte.

Le Strutture hanno inserito i relativi dati sulla piattaforma informatica dando specifico rendiconto della applicazione delle misure individuate o motivando la eventuale mancata applicazione; in taluni casi hanno provveduto a suggerire delle misure alternative.

Le risultanze di tale monitoraggio sono incluse nell'ALLEGATO 1 al PIAO 2024-26.

Il RPCT ha successivamente provveduto ad effettuare il monitoraggio di secondo livello. E' stato scelto di utilizzare la tecnica del c.d. "campionamento ragionato" (all. 1 al PNA 2019) e di analizzare, a campione per ogni Struttura, una fase di processo in cui fosse stata individuata come misura di contenimento la "*rotazione del personale*".

Per quella specifica fase è stato chiesto di fornire la documentazione a supporto dell'effettiva applicazione della misura.

SEZIONE 5. AZIONI POSITIVE

La Direttiva 23 maggio 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, conferma l'obbligo di pianificare iniziative per promuovere le pari opportunità di lavoro e nel lavoro e per assicurare la rimozione degli ostacoli che ne impediscono la piena realizzazione. La detta Direttiva è stata aggiornata dalla successiva Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, alla luce degli indirizzi definiti dall'Unione Europea. Tale Direttiva indica che il CUG, che ha sostituito i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing (art. 57, comma 01, del D. Lgs. 165/2001) all'interno della sua funzione propositiva deve predisporre un **Piano di Azioni Positive (PAP)** volte a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire e rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica.

Il COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è giunto a scadenza nel mese di ottobre 2023.

Considerando che è ancora in atto la procedura di rinnovo si ritiene di confermare, a scorrimento, la programmazione delle azioni positive rappresentata nel PIAO 2023-25. Di seguito se ne rappresenta il programma.

1. Ruolo del CUG all'interno e all'esterno dell'Ente

Criticità	Favorire un sempre maggiore coinvolgimento del CUG nella definizione delle politiche per il personale Necessità di un maggiore collegamento con organismi esterni
Obiettivi	Garantire il diritto del personale all'accesso ad un garante indipendente (Consigliera/e di fiducia) Garantire il coinvolgimento del CUG nei momenti strategici e decisionali di definizione delle politiche per il personale Garantire al personale la diffusione e la conoscenza dei documenti elaborati dal CUG e/o condivisi con l'Amministrazione e/o necessari alla tutela del diritto del lavoro e dei codici di comportamento Stabilire rapporti formali con gli organismi esterni di rilievo (Consigliere di parità, altri CUG, Forum dei CUG della PA)
Azioni	Promuovere presso l'Amministrazione l'acquisizione del parere preventivo del CUG in merito a tutte le politiche relative al personale Accelerare la raccolta dei documenti relativi a / rilevanti per l'attività del CUG Promuovere incontri con i rappresentanti dei CUG di altri Enti Pubblici di Ricerca (EPR)

	Mantenere la relazione tra CUG ISS e organismi esterni di rilievo (Forum dei CUG della PA) Partecipare al FORUM dei CUG della pubblica amministrazione attraverso la partecipazione alle Commissioni e alle Assemblee
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica	2024 – 2025

2. Comunicazione e informazione

Criticità	Scarsa conoscenza del CUG e del suo ruolo da parte del personale ISS Scarsa conoscenza del CUG-ISS e delle sue attività all'esterno Scarsa conoscenza all'interno dell'Ente dei documenti elaborati dal precedente CUG (relazioni, bilanci di genere) Scarsa conoscenza del personale rispetto alle materie di pari opportunità
Obiettivi	Promuovere la conoscenza del CUG e delle sue azioni Promuovere la conoscenza della normativa a riguardo Garantire percorsi di aggiornamento delle conoscenze e competenze del CUG
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzare almeno un evento/anno ISS destinato a illustrare al personale ISS l'attività del CUG • Gestire la casella di posta elettronica dedicata (cug@iss.it) • Gestire le pagine web Intranet e pubbliche dedicate al CUG • Elaborare articoli divulgativi sulle attività del CUG • Organizzare eventi divulgativi e di formazione per il personale (webinar, seminari, etc.) con particolare riferimento al contrasto delle discriminazioni e del mobbing • Diffondere al personale ISS il notiziario “La voce dei CUG” e altre informazioni ricevute dalla rete dei CUG • Diffondere al personale ISS eventuali opportunità di formazione sui temi della valorizzazione del personale, lotta alle discriminazioni e parità di genere. • Partecipare attivamente a iniziative formative e progettuali di sensibilizzazione alle tematiche inerenti i compiti del CUG • Promuovere l'utilizzo di un linguaggio non discriminatorio (ad esempio nei documenti dell'ente) attraverso la stesura di Raccomandazioni per una comunicazione istituzionale non discriminatoria
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica	2024 – 2025

3. Conciliazione tempi di vita/tempi di lavoro

Criticità	Necessità di favorire una specifica politica dell'Ente volta a promuovere ed attuare le disposizioni esistenti e a definire strumenti idonei
Obiettivi	Garantire adeguato supporto alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro Garantire il sostegno alla genitorialità tenendo in considerazione entrambi i genitori e il sostegno alle categorie fragili
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare il regolamento sul lavoro agile • Supportare l'amministrazione nella stesura del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ISS (PIAO) • Monitorare le modalità di fruizione del lavoro agile e del telelavoro

	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipare alla strutturazione di un modello per definire indicatori/criticità di applicazione e valutazione del lavoro agile • Sostenere la genitorialità, attraverso la promozione e il monitoraggio delle relative politiche dell'Ente • Proporre l'attuazione di politiche per il re-inserimento del personale dopo periodi di assenza dal lavoro • Promuovere, anche sulla base di azioni pilota già intraprese, la fruizione di asili nido in prossimità del luogo di lavoro
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica:	2024 – 2025

4. Pari opportunità e benessere lavorativo

Criticità	Scarsa conoscenza dei fattori che concorrono a promuovere il benessere lavorativo e a prevenire fenomeni di discriminazione
Obiettivi:	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenire eventuali situazioni di mobbing, di fenomeni di sopruso, di discriminazioni arbitrarie, di condotte prevaricanti, di molestie o di emarginazione • Migliorare il benessere organizzativo anche alla luce delle esperienze maturate durante la pandemia di COVID-19 • Promuovere la consapevolezza sullo stress lavoro-correlato • Acquisire e diffondere la conoscenza sulle problematiche in merito alle pari opportunità
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare l'attività dello sportello di ascolto nella prevenzione di eventuali situazioni di mobbing, di fenomeni di sopruso, di discriminazioni arbitrarie, di condotte prevaricanti, di molestie o di emarginazione e proporre iniziative volte al contrasto di tali situazioni • Collaborare con il Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e con il Medico competente (MC) per la stesura del Documento di Valutazione del rischio (DVR) stress lavoro correlato • Avviare un'indagine sul benessere lavorativo del personale seguendo esempi già attuati in altre amministrazioni pubbliche • Mantenere alta l'attenzione dell'Amministrazione ai bisogni formativi del personale relativamente a: promozione della salute; formazione alla leadership (assertività); formazione all'uso delle nuove tecnologie. • Verificare che il personale abbia facile accesso ad informazioni relative a iniziative che possano avere un impatto sul benessere (ad esempio benefici assistenziali, mobilità interna o esterna, ecc.) • Valutare le politiche dell'ENTE in merito alla formazione professionale continua (ad esempio, accesso a Master o specializzazioni)
Attori	Direzione Generale, CUG, RSPP, MC
Tempistica	2024 – 2025

5. Rappresentatività e dignità di genere

Criticità	Scarsa sensibilizzazione in merito alle tematiche di genere Diversa prevalenza di genere nelle posizioni apicali Diversa rappresentatività di genere all'interno e all'esterno dell'Ente
Obiettivi	Promuovere la cultura del rispetto e delle pari opportunità

	Promuovere un'equa rappresentatività di genere nelle attività dell'ENTE
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere iniziative di sensibilizzazione del personale e dei soggetti in formazione sugli stereotipi di genere • Promuovere presso l'Amministrazione la stesura del "Bilancio di genere" e la revisione del Gender Equality Plan • Promuovere una mappatura degli incarichi ISS in funzione del genere • Promuovere la presenza di entrambi i generi negli eventi pubblici, ad es. corsi, convegni e webinar organizzati dall'Ente • Promuovere un'iniziativa pilota finalizzata ad una migliore consapevolezza dei lavoratori e delle lavoratrici dei bisogni e delle aspettative rispetto alla propria funzione, nell'ottica di migliorare il benessere organizzativo del personale
Attori	Direzione Generale, CUG
Tempistica	2024 – 2025