



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-2020

(adottato ai sensi dell'art. 1, comma 5, lett. a) della L. 6 novembre
2012, n. 190)

Sommario

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	
2018-2020	1
1. PREMESSA	3
2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	5
3. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	9
4. I SOGGETTI COINVOLTI NELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	12
5. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE.....	19
5.1 PRINCIPI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO.....	19
5.2 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	21
5.3 ANALISI DEI RISCHI NELLE STRUTTURE DELL'ISS.....	22
6. COLLEGAMENTO TRA PTPC E PIANO DELLA <i>PERFORMANCE</i>	45
7. AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI ex art 53 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e 58, co.4 CCNL 21.02.2002	46
8. CODICE DI COMPORTAMENTO E CONFLITTO DI INTERESSI.....	49
9. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (<i>WHISTLEBLOWER</i>).....	50
10. TRASPARENZA: STATO ATTUALE E PROGRAMMA DI LAVORO	52
10.1 ACCESSO CIVICO SEMPLICE e ACCESSO GENERALIZZATO	60
10.2 LIMITI ALLA TRASPARENZA.....	62
10.3 VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI (AI SENSI DEL REGOLAMENTO SANZIONATORIO DEL 16.11.2016 DELL'ANAC PUBBLICATO IN G.U. N. 284 DEL 5.12.2016)	63
11. FORMAZIONE.....	63
11.1 PIANO DI FORMAZIONE SULL'ANTICORRUZIONE	64



12. MONITORAGGIO E CONTROLLI.....	69
13. NOMINA DEL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA).....	71
14. DISPOSIZIONI FINALI	72

1. PREMESSA

Il presente documento costituisce, ai sensi dell'art. 1, comma 8 della L. 190/2012, l'aggiornamento annuale al Piano Triennale di Prevenzione, Corruzione e Trasparenza dell'Istituto Superiore di Sanità, adottato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente con delibera n. 1 allegata al verbale n. 14 della seduta del 9 febbraio 2017.

Il documento tiene conto dell'esperienza maturata nel corso degli anni in tema di adempimenti finalizzati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi concretizzatosi attraverso un'evoluzione dei Piani. Ciò posto appare opportuno ripercorrere il succedersi del Piano.

L'ISS si è dotato, nel 2014, del primo Piano Triennale deliberato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente, nella seduta dell'11 febbraio 2014.

Nella prima stesura, il Piano aveva già individuato le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione, a partire da una mappatura di quelle più propriamente amministrative, già considerate tali dalla L.190/2012, nelle quali è possibile individuare con sicurezza un'esposizione al rischio. La valutazione è stata effettuata secondo una scala di valori fissata in altissimo, alto, medio, basso rischio.

In sede del primo aggiornamento del Piano, adottato con Disposizione Commissariale n. 31/2014 del 18/12/2014, è stata effettuata una operazione di mappatura più specifica delle aree maggiormente a rischio di corruzione nelle Strutture Tecnico-Scientifiche in cui l'Ente era allora articolato.

Tale operazione ha portato alla mappatura delle attività a maggior rischio di corruzione nelle "aree comuni" alle Strutture Scientifiche tenendo conto delle attività poste in essere dall'Istituto nell'attuazione dei propri fini Istituzionali e valutandole in relazione al diverso livello di esposizione al rischio.



Le attività individuate sono state valutate applicando non più il concetto di rischio alto, medio, basso ma con la metodologia descritta nell'allegato 5 del PNA 2013 (tabella valutazione del rischio) partendo da un valore pari a 20-25 considerato livello di rischio massimo e decrescendo poi a 15-20 rischio rilevante, 10-15 rischio medio, 5-10 rischio basso, 0-5 rischio irrilevante.

Nell'aggiornamento al Piano effettuato nel 2015, sono state confermate le aree e le valutazioni dei precedenti piani.

Con delibera del Consiglio di Amministrazione del 16 febbraio 2016 è stato ulteriormente aggiornato il PTPC per gli anni 2016-2018 e con delibera del 09 febbraio 2017 per gli anni 2017-2019.

Mentre i primi Piani Triennali centravano e focalizzavano l'attività nel prevenire e monitorare i fenomeni corruttivi come principalmente e strettamente derivanti dalla violazione di norme del Codice Penale e dunque erano "tarati" su un concetto ristretto di corruzione, nel tempo si è sempre più presa consapevolezza che il Piano deve affrontare più in generale tutte le situazioni ed i comportamenti che si potrebbero definire di "cattiva amministrazione" anche al di là di situazioni con un rilievo di carattere penale e/o di responsabilità disciplinare. Infatti i PNA succedutisi tendono non solo a scongiurare fenomeni "corruttivi" in senso lato per i quali operano già le norme del Codice Penale ma anche e non secondariamente a diffondere una mentalità, all'interno della pubblica amministrazione, di un agire corretto e produttivo.

Anche in Istituto si è diffusa la consapevolezza che il concetto di "corruzione" va ampliato estendendosi ben oltre l'ambito dei reati contro la Pubblica Amministrazione per ricomprendere i casi di "cattiva amministrazione" e di malfunzionamento, di presenza di conflitto di interesse (anche solo potenziale) e in senso lato di uso a fini privati delle funzioni ricoperte nonché di mancanza di trasparenza nell'agire amministrativo.

Dunque anche "atteggiamenti" e non solo "atti" corruttivi devono rientrare all'interno delle previsioni del PTPCT così come rientrano nelle previsioni del PTPCT situazioni di "potenziale" rischio di corruzione o anche la semplice "percezione" da parte dell'opinione pubblica.

In tal senso si comprende quanto l'emanando regolamento sul conflitto d'interessi e codice di comportamento sia essenziale nell'ottica dell'anticorruzione.

Va preliminarmente rilevato che la gestione del rischio corruzione dell'Istituto per il 2018 tiene conto sia del monitoraggio intermedio che è stato effettuato nel corso del 2017 (dal quale sono stati tratti elementi utili per la redazione del nuovo Piano) sia dei contributi dei Referenti individuati nella complessa dinamica della gestione del rischio corruzione.

Va rimarcato – da ultimo – come la disciplina di prevenzione della corruzione sia destinata a subire una continua evoluzione per effetto delle novità introdotte dal Legislatore, con particolare riferimento alla disciplina del c.d. “*whistleblowing*” (Legge 30 novembre 2017 n. 179), dalle modifiche introdotte al D. Lgs. n. 165/2001 (D. Lgs. n. 75/2017), di quelle introdotte alla Legge n. 190/2012 ed al D. Lgs. n. 33/2013 (D. Lgs. n. 97/2016) e – da ultimo – alla ulteriore evoluzione del D. Lgs. n. 150 per effetto del D. Lgs. n. 74/2017.

2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Nel corso del 2017 risulta portata a completamento la procedura di Riordino effettuata ai sensi dell'art.3 del D.lgs. 28 giugno 2012 n. 106 e del successivo Regolamento di organizzazione e Funzionamento dell'ISS Decreto 2 marzo 2016.

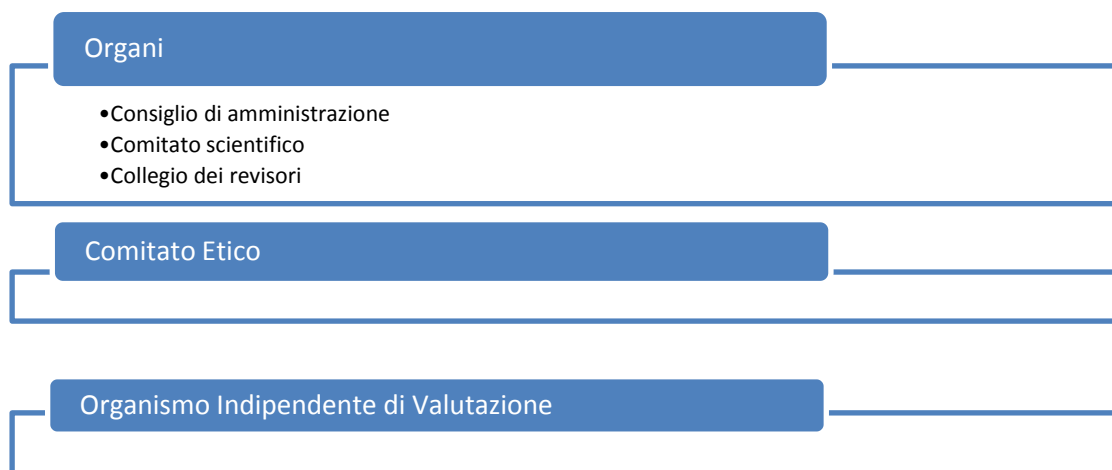
Le nuove Strutture dell'ISS, sia dell'Area Tecnico-Scientifica che di quella Amministrativa sono ormai operative e sono stati nominati i relativi Responsabili. Ciascuna struttura ha come Responsabile un Ricercatore/Tecnologo nel caso dell'area operativa tecnico-scientifica e un Dirigente per l'area amministrativa.

Attuata una generale stabilizzazione del personale precario si può ritenere che il 2018 sia un anno di piena operatività dell'Istituzione in ogni suo settore.

Il personale in servizio a fine anno 2017 risulta essere il seguente:

• RICERCATORE (I – II – III Livello)	821
• TECNOLOGO (I – II – III Livello)	84
• DIRIGENTE PRIMA FASCIA	2
• DIRIGENTE SECONDA FASCIA	9
• FUNZIONARIO DI AMMINISTRAZIONE	54
• COLLABORATORE TECNICO ENTI DI RICERCA	642
• COLLABORATORE DI AMMINISTRAZIONE	168
• OPERATORE TECNICO ENTI DI RICERCA	223

Di seguito un quadro sintetico e riepilogativo delle strutture esistenti:



Presidenza

- Segreteria del Presidente
- Servizio conoscenza e comunicazione scientifica (documentazione, biblioteca ed attività editoriali)
- Servizio relazioni esterne e centro rapporti internazionali
- Unità di bioetica
- Ufficio Stampa

Dipartimenti

- Ambiente e Salute
- Malattie Cardiovascolari, dimetaboliche e dell'invecchiamento.
- Malattie Infettive
- Neuroscienze
- Oncologia e medicina molecolare
- Sicurezza Alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

Centri Nazionali

- Controllo e valutazione dei farmaci
- Dipendenze e doping
- Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure
- Health Technology Assessment
- Malattie Rare
- Prevenzione delle malattie e promozione della salute
- Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
- Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci
- Ricerca su HIV/AIDS
- Salute globale
- Sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore
- Sperimentazione e benessere animale
- Tecnologie innovative in sanità pubblica
- Telemedicina e nuove tecnologie assistenziali
- Sangue
- Trapianti

Centri di Riferimento

- Medicina di genere
- Scienze comportamentali e salute mentale

Organismo Notificato



Direzione Generale

- **Strutture della Direzione Generale**
 - Ufficio affari istituzionali, giuridici e relazioni sindacali
 - Ufficio logistico, progettazione e manutenzione
- **Strutture di supporto alla Direzione Generale**
 - Segreteria del Direttore Generale
 - Servizio di prevenzione e protezione dei lavoratori
 - Servizio di controllo di gestione ed informatica

Area Operativa Amministrativa

- **Direzione Centrale degli Affari Generali**
 - Ufficio Affari Generali
 - Ufficio Contenzioso del lavoro e disciplinare. Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza
- **Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche**
 - Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali
 - Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale a tempo indeterminato e determinato

Nel Piano Triennale di Attività dell'Ente (cui si rimanda) è compiutamente descritta e definita l'intera organizzazione e la *mission* generale e specifica di ogni struttura.

3. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Ai fini del PTPCT per “contesto esterno” si intende l’ambiente nel quale una Pubblica Amministrazione opera, sia inteso come ambiente geografico, economico, politico, sociale, normativo, sia inteso come settore di riferimento specifico.

L’analisi del contesto esterno deve perciò puntare ad evidenziare in che modo le caratteristiche dell’ambiente in cui una Pubblica Amministrazione opera possano potenzialmente creare un rischio corruttivo individuando anche gli *stakeholder* intesi come “soggetti portatori di interesse” con capacità di influenza.

Va anche considerato che possono incidere in modo rilevante sul fenomeno corruttivo variabili culturali, sociali, economiche relative all’intero paese.

Gli ambiti entro cui si realizza l’azione dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) per ampiezza delle materie trattate e per complessità non ha molte analogie nel panorama della Pubblica Amministrazione italiana.

L’Istituto Superiore di Sanità, infatti, è l’organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che persegue la tutela della salute pubblica.

L’attività di un Ente quale l’Istituto va necessariamente inquadrata sia all’interno del contesto nazionale, intrattenendo esso collaborazioni e consulenze con le principali istituzioni italiane impegnate nella tutela della salute pubblica quali Ministero della Salute, Ministero dell’Ambiente, Regioni, ASL, Aziende Ospedaliere, IRCS, sia in uno scenario mondiale considerato che l’ISS opera con le sue linee di ricerca anche in ambito europeo e più in generale internazionale.

Tale considerazione riguarda naturalmente sia l’Istituto nel suo complesso sia le diverse Strutture Scientifiche di cui si compone

(Dipartimenti, Centri Nazionali, Centri di Riferimento, Organismo Notificato) che, nella loro autonomia scientifica e specificità delle funzioni entrano direttamente in relazione con soggetti esterni.

Una ampia e completa panoramica del contesto esterno in cui opera l'ISS è contenuta e dettagliata nel Piano di Attività dell'Ente, cui si rimanda.

Volendo schematizzare i soggetti che è possibile individuare come “*stakeholder*” si può dividerli in più categorie:

- soggetti pubblici nazionali;
- soggetti pubblici internazionali;
- soggetti privati nazionali ed esteri;
- associazioni di categoria/consumatori.

Alla prima categoria fanno riferimento: Ministeri, Regioni, ASL, AIFA, Istituti Zooprofilattici, Aziende Ospedaliere, IRCS, ARPA, Enti di Ricerca, Università, Procura della Repubblica, etc.

Alla seconda categoria appartengono l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Commissione Europea, FAO, etc.

Alla terza categoria fanno riferimento le aziende pubbliche e private, i Laboratori, le Aziende Farmaceutiche, le Fondazioni, gli Enti.

Infine alla quarta categoria appartengono il Codacons e le associazioni similari nonché le OO.SS. del settore farmaceutico.

L'elenco riportato testimonia la estrema varietà e complessità di relazioni in essere.

La complessità dei rapporti e delle relazioni rende difficile l'analisi tra le numerosissime e diversissime attività dei vari settori e dei relativi processi e i possibili rischi e misure di intervento e di contenimento.

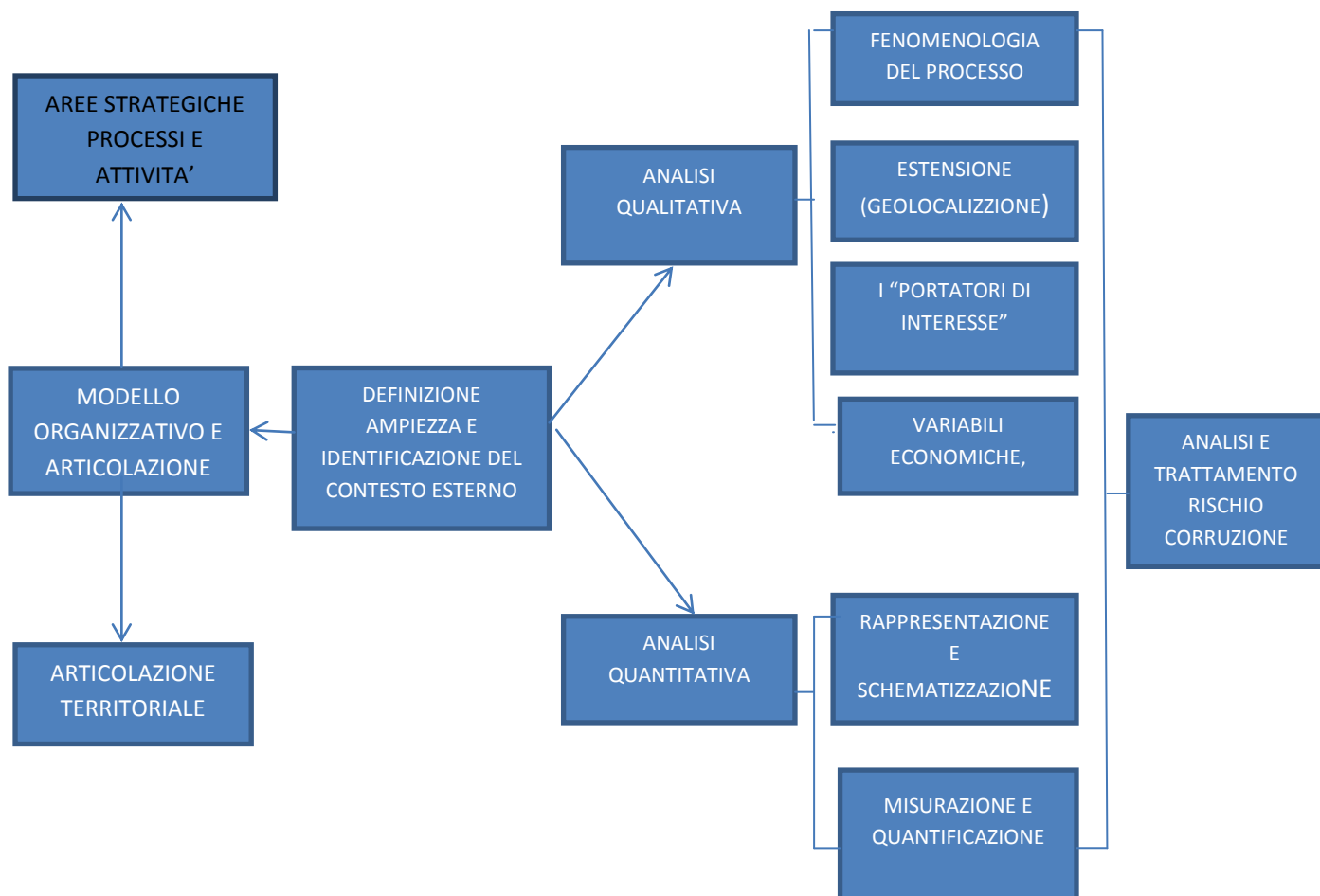
Dunque, fermo restando l'inquadramento del contesto esterno di cui sopra, nel corso del 2018 si procederà a consolidarne la relativa valutazione con particolare riferimento a:



- una completa analisi dell'estensione del contesto esterno con precisa individuazione dei soggetti portatori di interesse con i quali l'ISS si relaziona;
- un'analisi minuziosa delle variabili intervenienti (economiche sociali culturali politiche, normative);
- una mappatura della possibile fenomenologia corruttiva.

Il percorso metodologico suggerito dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione può essere preso come base di partenza per il lavoro di cui al presente paragrafo.

Di seguito si schematizza il contenuto che sarà rielaborato in funzione delle peculiarità dell'Istituto.



4. I SOGGETTI COINVOLTI NELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Nonostante la normativa concentri la responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi (art.1, comma 12, Legge n. 190/2012 così come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016) in capo al Responsabile per la Prevenzione, è possibile descrivere un diverso grado di responsabilità dei vari soggetti, dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività amministrativa, i quali mantengono un personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Organo di indirizzo politico – Consiglio di Amministrazione:

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione¹;
- designa il RPCT (art 1, comma 7, Legge 190/2012);
- adotta il PTPCT ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza:

- propone il PTPCT all'Organo di Indirizzo Politico;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- individua il personale da inserire nei programmi di formazione;
- verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano; ne propone la modifica quando sono accertate significative violazioni

¹ art. 1, comma 8 Legge n. 190/2012 e successive modifiche ed integrazioni

ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Ente;

- verifica, d'intesa con i dirigenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio corruttivo;
- svolge gli altri compiti di cui alla circolare DFP n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art. 1 Legge . n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013);
- elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, Legge n. 190/ 2012);
- cura 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;
- coincide con il responsabile della trasparenza, in linea con le recenti modifiche normative, e ne svolge conseguentemente le funzioni (art. 43 d.lgs. n. 33 del 2013).

I Referenti per la Prevenzione della Corruzione

In data 14 marzo 2017 con nota Prot ISS 7555 si è provveduto all'individuazione dei Referenti per la Prevenzione della Corruzione nelle persone dei Dirigenti Amministrativi di II fascia e nei Direttori di Dipartimento, Centro nazionale, Servizio, centro di Riferimento, e Responsabile dell'Organismo Notificato ciascuno per il proprio ambito di attività.

I compiti e le funzioni sono:

- svolgere attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- proporre le misure di prevenzione;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;



- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservare le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della Legge. n. 190 del 2012).

La Struttura di Supporto al RPCT

Recependo le raccomandazioni del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) il precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPCT) dell'ISS, all'art. 6, aveva previsto la creazione di una struttura di supporto al RPCT che operando alle dipendenze dello stesso garantisse un costante monitoraggio ed aggiornamento del PTPCT.

In attesa di una dotazione organica con specifiche competenze e formazione professionale, per garantire una sufficiente operatività, in data 22 maggio 2017 è stata autonomamente istituita, senza oneri per l'ISS, la Struttura di Supporto individuandone i membri nel personale già in forza presso la Direzione Centrale degli Affari Generali.

I gruppi di lavoro

Successivamente alla conclusione della fase di riordino dell'ISS ed alla definitiva determinazione dell'assetto organizzativo sia delle Strutture Tecnico Scientifiche che di quelle Amministrative si è provveduto ad effettuare una nuova rilevazione e mappatura delle attività a rischio corruzione, dei livelli di rischio stimati e dei sistemi di contenimento.

Allo scopo è stato costituito, in data 16 maggio 2017, un gruppo di lavoro con il compito di effettuare un'analisi sui dati e sui riscontri ricevuti dalle Strutture Scientifiche formato da personale dell'Ente con varie professionalità senza maggiori oneri per l'ISS.

Tutti i dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- segnalano le situazioni di illecito.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito.

Coinvolgimento dell'Organismo Indipendente di Valutazione

Il D. Lgs. n. 97/2016 ha chiarito ed ampliato l'intervento dell'OIV nella prevenzione della corruzione. L'OIV infatti:

- verifica 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 ove stabiliti;
- riceve dal RPCT, entro il 15/12 di ogni anno², la relazione recante i risultati dell'attività svolta, pubblicata sul sito *web* dell'amministrazione;
- verifica i contenuti della Relazione sulla *performance* in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti;
- riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

L'Organismo Indipendente di Valutazione riveste dunque un ruolo sempre più rilevante nella materia dell'anticorruzione e trasparenza, e ciò anche alla luce delle modifiche recentemente introdotte dal Legislatore, con particolare riferimento alla riforma in materia di

² il termine ultimo per la presentazione della relazione di cui all'art. 1, comma 14 della Legge n. 190/2012 è stato prorogato al 31 gennaio 2018, come da comunicato ANAC del 6 dicembre 2017.

valutazione della *performance* intervenuta con il D. Lgs. n. 74 del 25 maggio 2017, che ha precisato i compiti degli OIV.

Inoltre, l'OIV:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D. Lgs. n. 33 del 2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art. 54, comma 5, D. Lgs. n. 165 del 2001).

L'OIV ha un ruolo ben preciso anche nell'ambito della trasparenza amministrativa.

Secondo l'art. 43 infatti, D. Lgs. n. 33/2013 il RPCT, svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, e segnala all'organo di indirizzo politico, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Gli OIV utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle *performance* sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

Il ruolo del Collegio dei Revisori nel sistema di Prevenzione

Il Ruolo del Collegio dei Revisori è contemplato con riferimento alle indicazioni contenute nella Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del PNA 2016, prevedendo una serie di interventi volti principalmente al rafforzamento della trasparenza nel settore acquisti.

Infatti, fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente quali misure di trasparenza, è previsto un duplice livello di controllo del rispetto di tali misure da parte sia del RPCT sia del Collegio dei Revisori su un set di dati da pubblicare sulla materia.

Nella medesima delibera si reputa opportuno che sia organizzato un adeguato sistema di controllo sugli affidamenti di importo inferiore alla soglia di Euro 40.000, strutturando flussi informativi tra il RUP, il RPCT e il Collegio dei Revisori, al fine di verificare se l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto e se la scelta sia supportata da una adeguata motivazione.

A ciò si aggiunge anche quanto disposto dalla circolare n. 20 del Ministero della Economia e Finanza del 05 maggio 2017, dove sono previsti specifici adempimenti a carico del suddetto Organo in materia di prevenzione della corruzione e di adempimenti per assicurare la trasparenza.

E' auspicabile, perciò, un sempre maggiore flusso di informazioni tra RPCT e Collegio dei Revisori.

Corte dei Conti: Delegato titolare al controllo sulla gestione finanziaria dell'ISS.

Con decreto n.119 del 31 marzo 2017 il Consiglio di Presidenza della Corte dei Conti ha designato il Delegato titolare al controllo sulla gestione finanziaria dell'Istituto Superiore di Sanità a norma dell'art.12 della legge 21 Marzo 1958, n. 259, come recentemente previsto dagli artt. 1 e 14 del D.Lgs. del 25 novembre 2016.

Tale figura secondo le previsioni di legge:

- assicura il controllo previsto dall'art.100 della Costituzione sulla gestione finanziaria;
- assiste alle sedute degli organi di amministrazione e di revisione.

Riveste dunque un ruolo di primo piano nella materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

5. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

5.1 PRINCIPI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

Le principali fasi del processo di gestione del rischio sono, come da indicazioni contenute nell'aggiornamento al PNA del 2015:

1. L'analisi del contesto
 - a. Contesto esterno
 - b. Contesto interno
2. La valutazione
 - a. Identificazione del rischio
 - b. Analisi del rischio
 - c. Ponderazione del Rischio
3. Il trattamento del rischio
 - 3.1 Identificazione delle misure
 - 3.2 Programmazione delle misure

A queste fasi possono essere aggiunte quelle relative alla comunicazione, consultazione, monitoraggio e riesame.

Il processo qui delineato è tratto dalle norme ISO 31000:2010, un nucleo di principi in materia di gestione del rischio che permettono una solida *Governance* e una gestione dei rischi efficace.

I principi dell'intero processo sono i seguenti:

- **La gestione del rischio crea e protegge il valore.**

La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, *security*, rispetto dei requisiti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto, gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, *Governance* e reputazione.

- **La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.**

La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

- **La gestione del rischio è parte del processo decisionale.**

La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.

- **La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.**

Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.

- **La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.**

Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

- **La gestione del rischio è “su misura”.**

La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

- **La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.**

Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

- **La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.**

Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

- **La gestione del rischio è dinamica.**

La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano e d altri scompaiono.

- **La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.**

Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.

5.2 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio, sulla base dei principi sopra elencati, si deve fondare necessariamente sulla partecipazione attiva ed il coinvolgimento diretto dei Referenti nominati dal RPCT che, nel rispetto delle norme sopra citate, devono sviluppare un processo dinamico e ciclico che prevede i seguenti passaggi:

- mappatura dei processi che prevede l'individuazione, la descrizione e l'analisi delle attività e dei processi espletati all'interno della struttura;
- valutazione dei processi in cui si valuta la rischiosità (attualmente secondo i parametri Impatto/Probabilità suggeriti dalla Funzione Pubblica nell'allegato 5) al PNA 2013 e che ci si prefigge di rivedere nel 2018);



- individuazione dei rischi specifici nell'ambito di ciascun processo;
- analisi e valutazione delle misure e sistema dei controlli esistente;
- valutazione del rischio. Analisi efficienza delle misure in relazione alla riduzione del rischio connesso;
- identificazione azioni correttive per ridurre/ eliminare il rischio;
- monitoraggio continuo, esame periodico delle criticità.

5.3 ANALISI DEI RISCHI NELLE STRUTTURE DELL'ISS

Gli ambiti di attività dell'Istituto Superiore di Sanità possono essere suddivisi in due macro aree: Area Operativa Amministrativa ed Area Operativa Tecnico Scientifica.

Nel PTPC 2017-2019 per **l'Area Operativa Tecnico Scientifica**, non essendosi ancora ben delineato l'assetto organizzativo post riordino, l'aggiornamento della mappatura delle attività a rischio corruzione era stato rimandato ad un momento successivo.

Nel corso del mese di maggio 2017, completata la fase di riordino e di contingentamento del personale nelle varie Strutture, il RPCT ha provveduto a coinvolgere i Capi Struttura del Settore Scientifico (nominati tra l'altro anche Referenti per l'Anticorruzione con nota del 14 marzo 2017) al fine di effettuare una nuova mappatura delle aree a rischio corruzione comuni al Settore Tecnico Scientifico.

Partendo dall'analisi riportata nel Piano Triennale 2017-2019 è stato chiesto di verificare se:

- vi fossero ulteriori attività da considerare a rischio;
- se il livello di rischio potesse essere confermato per quelle attività già individuate nel Piano;

- se i sistemi di contenimento fossero stati applicati.

Tutti i Capi Struttura (tot. 30) sono stati interessati dalla richiesta, alcuni di loro hanno ritenuto necessario effettuare variazioni e modifiche, alla precedente mappatura, recepite nel presente aggiornamento del Piano.

Di seguito, nella tabella allegata, si presenta il risultato del complesso lavoro d'analisi svolto dal gruppo di lavoro incaricato:

SCHEMA DI MAPPATURA AREA TECNICO SCIENTIFICA

	A	B	C	D	E
	ATTIVITÀ A RISCHIO (Individuate come Macro aree)	LIVELLO DI RISCHIO STIMATO (ALL.5 PNA)	SISTEMI PROPOSTI PER CONTENERE/RIDURRE FENOMENI DI CORRUZIONE (ALLEGATO 4 PNA)	LIVELLO DI RISCHIO DOPO L'ADOZIONE DI MISURE DI CONTENIMENTO (ALL.5 PNA)	RISCHIO (*)
1	Acquisto beni e servizi	5,0	-Controlli a campione -Rotazione del personale incaricato e/o rotazione delle competenze; -Lavoro suddiviso in più persone -Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	4,7	I
2	Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad es. AIFA /Ministero/ Regioni; Analisi di revisione ecc..)	13,4	-Procedure per la regolamentazione delle attività e di eventuali rapporti con i soggetti sottoposti a controllo -Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale -Dichiarazione e controllo di assenza di conflitto di interessi. -Rotazione del personale responsabile e supervisione delle attività, o rotazione delle competenze o sistema di condivisione delle competenze.. -trasparenza su eventuali compensi	10,5	M
3	Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release)	8,1	-Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale -Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi -Rotazione del personale	7,5	B



			responsabile, ove possibile.		
4	Emissione pareri (valutazione della documentazione)	6,4	-Introduzione di un Codice di comportamento per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. procedure standard da seguire in particolari situazioni, ad es. nel caso di contatti con utenza esterna) -Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale -Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi -Rotazione del personale responsabile, ove possibile.	6,0	B
5	Attività ispettiva (coordinata dall'ISS)	3,95	-Controllo a campione dei verbali -Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi -Lavoro suddiviso su più ispettori.	3,75	I
6	Attività ispettiva (coordinata da Ente esterno ad ISS)**	3,75	-Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale -Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi -Introduzione di un Codice di comportamento per fronteggiare situazioni di rischio specifico	3,75	I
7	Incontri tecnici e Commissioni**; Attività di produzione e valutazione di linee guida HTA	4,5	-Lavoro suddiviso in più persone o in più fasi, ove possibile -Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi	4,2	I
8	Procedure autorizzative e	6,0	-Lavoro suddiviso in più persone	5,0	I



	certificative		-Controllo dell'assenza di conflitto di interessi -Firma congiunta responsabile attività e Capo Struttura		
9	Consulenze tecnico scientifiche, tavoli di lavoro.	6,1	-Verifica dell'autorizzazione all'incarico -Controllo dell'assenza di conflitto di interesse -Controllo dell'eventuale trattamento economico (se incarico retribuito) - Trasparenza su eventuali compensi	5,6	B
10	Sfruttamento dei risultati della ricerca scientifica con trasferimento a terzi di conoscenze con potenziale impatto economico; proprietà intellettuale (spin off) Attività brevettuale	5,5	-Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale -Dichiarazione e controllo dell'assenza di conflitto di interessi - Trasparenza nell'ufficializzazione dei risultati, nel rispetto della normativa vigente - Applicazione normativa di settore	4,5	I
11	Allocazione organi (attività CNTO)	7,5	-Lavoro suddiviso in più persone o in più fasi -Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale coinvolto nell'attività	7,5	B
12	Gestione archivi e banche dati	7,30	-Lavoro suddiviso in più persone o in più fasi -Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale coinvolto nell'attività -Dichiarazione e controllo di assenza di conflitto di interessi	6,7	B



			- Rotazione del personale responsabile e supervisione delle attività, ove possibile		
13	Partecipazione a progetti/convenzioni finanziati da privati		-Dichiarazione e controllo di assenza di conflitto di interessi -Lavoro suddiviso in più persone o in più fasi		

(*)Considerando **25** il livello di Rischio massimo (così come indicato nella nota del Dip. Funzione Pubblica) avremo: I= Irrilevante **0-5**; B= Basso **>5-10**; M= Medio **>10-15**; R= Rilevante **>15-20**; A= Alto **>20-25**.

(**)Le modalità operative stabilite non dipendono dall'ISS.

Per verificare l'efficacia delle misure di contenimento è stata predisposta, e sottoposta ai Capi Struttura, la scheda di rilevazione attraverso la quale ciascuno potesse segnalare e valutare l'efficacia della misura predisposta per la specifica attività.

Di seguito un esempio di scheda:

Attività: Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad es. AIFA/Ministero/Regioni/ecc...)				
Misure di contenimento proposte	La misura di contenimento proposta è stata applicata?			
Procedura per la regolamentazione delle attività e di eventuali rapporti con i soggetti sottoposti a controllo	SI	NO	NON APPLICABILE	NOTE: (se no indicarne il motivo)
Formazione specifica per la sensibilizzazione del personale	SI	NO	NON APPLICABILE	NOTE: (se no indicarne il motivo)
Dichiarazione e controllo conflitto di interessi	SI	NO	NON APPLICABILE	NOTE: (se no indicarne il motivo)
Rotazione del personale responsabile e supervisione delle attività	SI	NO	NON APPLICABILE	NOTE: (se no indicarne il motivo)

Dall'analisi effettuata si è potuto constatare che le misure di contenimento sono generalmente applicate salvo una difficoltà nell'applicazione della misura relativa alla “rotazione del personale”. La misura infatti risulta essere scarsamente applicabile per più ragioni:

- acquisizione da parte del personale coinvolto nelle attività di ricerca/controllo di competenze di settore molto specifiche che ne rendono inopportuna l'alternanza pena difficoltà operative nell'ambito dell'attività stessa;
- carenza numerica di personale;
- carenza di risorse economiche per assicurare la formazione specifica.

Per ciò che riguarda **l'Area Operativa Amministrativa**, in fase di adozione del PTPC 2017-2019, si era provveduto a suddividere alcune aree di rischio (già individuate nel PTPC 2016/2018) in fasi ed alla loro relativa misurazione.

Concluso il riordino e definito compiutamente il panorama delle nuove competenze di ciascun Ufficio si è resa necessaria una nuova mappatura delle attività a rischio corruzione e la conseguente valutazione del rischio ed individuazione di sistemi di contenimento.

Il RPCT ha quindi invitato i Dirigenti Amministrativi, anch'essi nominati Referenti dell'Anticorruzione con nota del 14 marzo 2017, a mappare all'interno delle aree di competenza del proprio Ufficio le attività a rischio corruttivo.

Al fine di mappare le attività a rischio ed effettuare la relativa misurazione prima e dopo l'applicazione dei sistemi di contenimento sono stati utilizzati due metodi di misurazione ed è stata inviata una scheda di rilevazione ai dirigenti amministrativi.

Per alcuni Uffici si è provveduto a richiedere una mappatura e la misurazione del rischio secondo i seguenti parametri:

- 25 livello di rischio massimo;
- 20 – 25 livello di rischio alto;
- 15-20 livello di rischio rilevante;
- 10-15 livello di rischio medio;
- 5-10 livello di rischio basso;
- 0-5 livello di rischio irrilevante.

Di seguito il risultato del lavoro suddiviso per aree di attività e con indicazione del Dirigente responsabile:

AREA : DIREZIONE GENERALE - UFFICIO AFFARI ISTITUZIONALI, GIURIDICI E RELAZIONI SINDACALI						
Responsabile: Dott.ssa Claudia MASTROCOLA						
Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo l'applicazione delle misure di contenimento (*)	Responsabile della misura	
Consulenza giuridica	Nessuna	irrilevante	Nessuna	irrilevante	Dott.ssa Mastrocola	
Sindacali	Nessuna	irrilevante	Nessuna	irrilevante	Dott.ssa Mastrocola	
Organi Collegiali	Nessuna	irrilevante	Nessuna	irrilevante	Dott.ssa Mastrocola	
(*)	25 livello di rischio massimo; 20-25 livello di rischio alto; 15-20 livello di rischio rilevante; 10-15 livello di rischio medio 5-10 livello di rischio basso; 0-5 livello di rischio irrilevante.					

AREA : UFFICIO AFFARI GENERALI					
Responsabile: Dott.ssa Giuliana ERAMO					
Sottoarea (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio (*)	Misure di prevenzione proposte	Valutazione del rischio dopo l'applicazione delle misure di contenimento (*)	Responsabile della misura
Affari Generali e riservati	Non si evidenziano rischi di corruzione				Dott.ssa ERAMO
URP, Accesso agli atti ed ai documenti amministrativi	Coordinamento dell'applicazione della normativa in materia di accesso agli atti e ai documenti amministrativi	5	Costituzione di un database gestito da più dipendenti	3	Dott.ssa ERAMO
Archivio e Portinerie	Non si evidenziano rischi di corruzione				Dott.ssa ERAMO
Privacy e protezione dati personali	Verifica ed adempimenti in materia privacy e protezione dati personali	5	Individuazione del RPD in altra struttura e dei referenti in tutte le unità amministrative e scientifiche	3	Dott.ssa ERAMO
Benessere del personale e parità di genere	Non si evidenziano rischi di corruzione				Dott.ssa ERAMO
Rapporti con il dopolavoro	Relazioni con l'associazione dei dipendenti dell'ISS (Dopolavoro)	4	Stesura di una convenzione ad "hoc"	2	Dott.ssa ERAMO
Ufficio Postale	Gestione Posta	5	Individuazione del Responsabile Ufficio postale e rendicontazione periodica	3	Dott.ssa ERAMO
(*) 20-25 livello di rischio alto; 15-20 livello di rischio rilevante; 10-15 livello di rischio medio 5-10 livello di rischio basso; 0-5 livello di rischio irrilevante.					

AREA : UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO					
Responsabile: Dott. Vincenzo RAFTI					
Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo l'applicazione delle misure di contenimento (*)	Responsabile della misura
Trattamento giuridico del personale	Autorizzazione incarichi	15	Parere su conflitto di interessi	10	Responsabile struttura
Trattamento economico del personale	Attribuzione indennità	10	Dichiarazione struttura di appartenenza	7	Superiore gerarchico
Ufficio matricola	Conservazione fascicoli del personale	5	Riscontro con programma applicativo	4	Responsabile Matricola
20-25 livello di rischio alto; 15-20 livello di rischio rilevante; 10-15 livello di rischio medio 5-10 livello di rischio basso; 0-5 livello di rischio irrilevante.					

AREA : UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA E AFFARI FISCALI					
Responsabile: Dott. Francesco BARNATO					
Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione e del rischio (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo applicazione delle misure di contenimento (*)	Responsabile della misura
Attuazione dei sistemi di scrittura contabile, controllo atti di impegno, spesa, pagamenti e riscossioni	Violazione delle norme per conseguire benefici o favorire o danneggiare determinati soggetti (es. omissione di verifiche degli atti dovuti; alterazioni degli importi e della tempistica della gestione della fase della spesa; alterazioni importi e tempistica della gestione dei rapporti con Equitalia; alterazione di importi e tempistica dell'accertamento, riscossione e versamento dell'entrata).	15	Sono state realizzate sul Sistema Contabile integrato le opportune verifiche. Realizzazione di una specifica procedura per l'autorizzazione, l'abilitazione per lo svolgimento dei pagamenti e per la verifica delle diverse fasi della gestione delle entrate.	4	Dirigente
Supporto al Collegio dei Revisori	Rischio di comunicazione all'esterno di informazioni improprie o prima della naturale scadenza temporale, rischio dell'utilizzazione dei dati disponibili secondo modalità potenzialmente speculative o illecite.	10	Sono state definite anche nella loro tempistica, le procedure relative alla predisposizione e al conseguente utilizzo delle informazioni.	4	Dirigente
Rapporti con la tesoreria	Movimenti di tesoreria non consentiti dalla normativa di settore.	15	Sono state definite sul Sistema Contabile Integrato le procedure di controllo e di verifica.	4	Dirigente
Bilancio	Violazione delle norme relative alla predisposizione dei bilanci, preventivi e consuntivi (es. alterazione od omissione delle poste di bilancio, errata comunicazione dei dati di bilancio agli organi vigilanti) allo scopo di conseguire benefici.	5	E' stata realizzata una procedura per la formazione delle diverse fasi di predisposizione del bilancio di previsione, delle sue eventuali variazioni e del Rendiconto Generale, nel rispetto delle norme di settore.	4	Dirigente
Ufficio cassa, servizi a pagamento	Movimenti finanziari non consentiti e rimborsi spese non spettanti legittimamente al personale beneficiario.	10	Sono state individuate le spese legittimate ed ammissibili. Realizzate le procedure relative e con allegata modulistica concernente l'assunzione di responsabilità da parte del richiedente.	4	Dirigente
Settore fiscale e previdenziale	Violazione delle norme finalizzate al danneggiamento di determinati soggetti (es. mancato o ritardato versamento delle ritenute e/o dei contributi previdenziali).	5	Realizzate le procedure per il rispetto delle norme fiscali e previdenziali con il supporto di una corretta ed informatizzata tenuta della contabilità.	3	Dirigente
(*)	25 livello di rischio massimo; 20-25 livello di rischio alto; 15-20 livello di rischio rilevante; 10-15 livello di rischio medio 5-10 livello di rischio basso; 0-5 livello di rischio				



Il sistema applicato presenta un margine di approssimazione che ci si riserva, nel corso del 2018, di aggiornare.

Per i rimanenti Uffici l'analisi è stata effettuata seguendo il metodo di misurazione del rischio (prima e dopo le misure di contenimento) secondo gli indici di valutazione della probabilità/impatto suggeriti dalla Funzione Pubblica nell'allegato 5 al PNA 2013.

Allo scopo sono state predisposte e utilizzate griglie esemplificative, di raccolta dati, sottoposte ai dirigenti interessati.

Di seguito le “griglie” utilizzate:

PROBABILITA'			
UFFICIO			
TABELLA VALUTAZIONE RISCHIO PRIMA E DOPO SISTEMI DI CONTENIMENTO			
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	DISCREZIONALITA'	
		Il processo è discrezionale?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO
			DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	RILEVANZA ESTERNA	
		Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO
			DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	COMPLESSITA' DEL PROCESSO	
		Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO
			DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	VALORE ECONOMICO	
		Qual è l'impatto economico del processo?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO
			DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	FRAZIONABILITA' DEL PROCESSO	
		Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO
			DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	CONTROLLI	
		Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO
			DOPO

IMPATTO			
UFFICIO			
TABELLA VALUTAZIONE RISCHIO PRIMA E DOPO SISTEMI DI CONTENIMENTO			
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	IMPATTO ORGANIZZATIVO	
		Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (Unità Organizzativa Semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della PA) nell'ambito della singola PA, quale percentuale di personale è impiegata nel processo?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	IMPATTO ECONOMICO	
		Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della PA di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della PA di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	IMPATTO REPUTAZIONALE	
		Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO DOPO
AREE DI ATTIVITA' DELL'UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	IMPATTO ORGANIZZATIVO, ECONOMICO E SULL'IMMAGINE	
		A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	
		PRIMA	MISURE DI CONTENIMENTO DOPO

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO <i>prima l'adozione di misure di contenimento</i>														
AREE DI COMPETENZA UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO STIMATO										Media Valori e frequenze della <i>probabilità</i>	Media Valori e Importanza dell' <i>impatto</i>	Vautazione complessiva del rischio (prodotto delle due medie)
		INDICI DI VALUTAZIONE PROBABILITA'					INDICI DI VALUTAZIONE IMPATTO							
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO <i>dopo l'adozione di misure di contenimento</i>														
AREE DI COMPETENZA UFFICIO	ATTIVITA' A RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO STIMATO										Media Valori e frequenze della <i>probabilità</i>	Media Valori e Importanza dell' <i>impatto</i>	Vautazione complessiva del rischio (prodotto delle due medie)
		INDICI DI VALUTAZIONE PROBABILITA'					INDICI DI VALUTAZIONE IMPATTO							
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0
												0	0	0

I riscontri pervenuti dai Dirigenti Amministrativi hanno portato all'elaborazione delle tabelle di rischio che seguono:

AREA : UFFICIO CONTENZIOSO DEL LAVORO E DISCIPLINARE. APPLICAZIONE NORMATIVA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA						
Responsabile: Dott. Antonio Caliendo						
	Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo l'applicazione delle misure di contenimento (*)	Responsabile della misura
1	Contenzioso del lavoro	Redazione documentazione processuale finalizzata a vedere soccombente la Amministrazione, in favore del dipendente interessato	2,29	Coinvolgimento competente Avvocatura dello Stato; adesione alla giurisprudenza consolidata su istituti relativi al pubblico impiego; coinvolgimento, in forma di collaborazione, di più dipendenti	2,08	Dott. Caliendo
2	Supporto all'OIV	Non si evidenziano rischi di corruzione				Dott. Caliendo
3	Trasparenza, incompatibilità, conflitto di interessi e anticorruzione	Si tratta di attività che l'Ufficio svolge per garantire la conformità dell'intero Ente alla normativa di riferimento; non si rinvergono - pertanto - rischi specifici relativi alla Struttura				Dott. Caliendo
4	Pratiche medico legali, pratiche infortuni INAIL	Non si evidenziano rischi di corruzione				Dott. Caliendo
5	Procedimenti disciplinari	Accordo finalizzato a mandare esente da responsabilità il dipendente coinvolto nel procedimento disciplinare, o per la applicazione di una sanzione più lieve	1,87	Costituzione commissione composta da più dipendenti, anche appartenenti ad altre Strture ISS; coinvolgimento, in forma di collaborazione, di più dipendenti	1,66	Dott. Caliendo
6	Mobbing	Attività in corso di definizione, dopo la introduzione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento				Dott. Caliendo
7	Autorizzazione incarichi	Attività attualmente svolta dall'ufficio trattamento giuridico ed economico del personale				Dott. Caliendo

AREA : DIREZIONE GENERALE- UFFICIO LOGISTICA, PROGETTAZIONE E MANUTENZIONE					
Responsabile: Dott. Giovanni CARABOTTA					
Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo l'applicazione delle misure di	Responsabile della misura
Predisposizione documentazione tecnica per indicazione procedure gare	Alterazione dei parametri di scelta dell'Operatore Economico	6,7	- Individuazione di procedure Standardizzate. - Rotazione degli incarichi. - Controlli a campione.	5	Dott. Carabotta
Servizi manutentivi	Fase di esecuzione dei contratti per servizi di manutenzione.	5,54	- Collaudo in corso d'opera e/o Esecuzione. - Rotazione degli incarichi. - Controlli a campione.	4,1	Dott. Carabotta

AREA : UFFICIO CONTRATTI					
Responsabile: Dott. Alessandro VALENTE					
Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio prima della misura (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo la misura (*)	Responsabile della misura
Contratti, Servizi e spese in economia	Scelta del contraente	4	Conformità dispositivi di legge: Principio di Rotazione ex art. 36 comma 1; verifiche ex art. 80 Dlgs 50/2016. Misure di Prevenzione Interne: Controlli a campione; Rotazione del Personale incaricato degli acquisti, ove possibile; Dichiarazione di assenza conflitto di interessi; Lavoro Suddiviso in più persone; Adozione di misure che assicurino la scelta delle imprese da invitare in base a criteri di rotazione; Analisi del Regolamento dell'Istituto vigente in materia al fine di valutare eventuali criticità da superare con modifiche e integrazioni alle procedure. Aggiornamento normativo con particolare riguardo alle procedure di gara con l'obiettivo di abbattere ogni rischio di potenziale contenzioso	3,5	Dott. Valente
	Verifica della correttezza della fornitura e/o del servizio	3,75		3,5	Dott. Valente
	Liquidazione e pagamento delle relative fatture	3,75		3,5	Dott. Valente
Procedure aperte e ristrette e per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori	Verifica dei requisiti generali e speciali degli Operatori Economici	3,75	Individuazione dei criteri e dei sub criteri diversi dal prezzo, al fine di favorire da un lato la selezione effettiva degli Operatori Economici sulla base della qualità dell'offerta e dall'altro di limitare le discrezionalità della Commissione Giudicatrice nella fase dei punteggi correlati. Applicazione del principio di rotazione nei limiti della singola professionalità esistenti dei componenti delle Commissioni giudicatrici.	3,5	Dott. Valente
	Operazioni di gara	3,75		3,5	Dott. Valente
	Punteggi relativi ai criteri di gara	4		3,5	Dott. Valente
	Scelta del contraente	6,25		5,83	Dott. Valente
Procedure negoziate per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori	Scelta del contraente	4	Verifiche a campione per accertare la corretta liquidazione delle fatture, l'eventuale applicazione di penali, nonché la rilevazione di inadempimenti che dovrebbero comportare la risoluzione del contratto	3,5	Dott. Valente
	Individuazione della motivazione della scelta dell'Operatore Economico (verifica della presenza della infungibilità /unicità del servizio/prodotto)	4		3,5	Dott. Valente
Stipulazione approvazione ed esecuzione dei contratti	Verifica della correttezza della fornitura e/o del servizio	4,25	Verifiche a campione per accertare la corretta liquidazione delle fatture, l'eventuale applicazione di penali, nonché la rilevazione di inadempimenti che dovrebbero comportare la risoluzione del contratto	3,75	Dott. Valente
	Liquidazione e pagamento delle relative fatture	4,25		3,75	Dott. Valente



Albo fornitori	Scelta del fornitore	2,67	Monitoraggio dell'Albo dei fornitori per aggiornarlo e per verificare la sussistenza dei requisiti dei fornitori iscritti. Verifica adozione dei criteri utili per l'applicazione criterio di rotazione degli Operatori Economici	2,33	Dott. Valente
Spese per convegni, congressi, manifestazioni scientifiche	Individuazione del fornitore per le spese di organizzazione dei relativi eventi	2,67	Conformità dispositivi di legge: Principio di Rotazione ex art. 36 comma 1; verifiche ex art. 80 Dlgs 50/2016. Misure di Prevenzione Interne: Controlli a campione; Rotazione del Personale incaricato degli acquisti, ove possibile; Dichiarazione di assenza conflitto di interessi; Lavoro Suddiviso in più persone; Adozione di misure che assicurino la scelta delle imprese da invitare in base a criteri di rotazione; Analisi del Regolamento dell'Istituto vigente in materia al fine di valutare eventuali criticità da superare con modifiche e integrazioni alle procedure.	2,33	Dott. Valente
Contratti all'estero	Scelta del contraente	4	Verifiche a campione per accertare la corretta liquidazione delle fatture, l'eventuale applicazione di penali, nonché la rilevazione di inadempimenti che dovrebbero comportare la risoluzione del contratto	3,5	Dott. Valente
	Verifica della correttezza della fornitura e/o del servizio	4,25		3,5	Dott. Valente
	Liquidazione e pagamento delle relative fatture	4,25		2,29	Dott. Valente
Ufficio del Consegnatario	Gestione dei beni in dotazione dell'Ente	2,92	Verifica a campione dei buoni di carico e scarico; Verifica delle giacenze di magazzino per avvio procedure di acquisto dei beni; Verifica allineamento scritture presenti nella contabilità settoriale dei Cespiti con le scritture presenti nella contabilità economico patrimoniale	2,29	Dott. Valente
	Gestione dei magazzini	2,92		2,29	Dott. Valente
	Sistema di scritture	2,71		2,29	Dott. Valente

AREA : UFFICIO RECLUTAMENTO, BORSE DI STUDIO E FORMAZIONE					
Responsabile: Dott. Stefano DI MATTEO					
Sottoaree (derivanti dal ROF)	Attività a Rischio	Valutazione del rischio (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo l'applicazione delle misure di contenimento (*)	Responsabile della misura
Reclutamento personale	Richiesta di attivazione procedura	1,66	Verifica che la procedura sia attivata per una esigenza effettiva e programmata	1,66	Dott. Stefano DI MATTEO
	Requisiti di ammissione	1,66	Verifica dei requisiti di ammissione e coerenza con funzioni e ruolo	1,66	Dott. Stefano DI MATTEO
	Nomina commissione esaminatrice	2,5	Indicazione preventiva dei criteri per l'individuazione dei componenti della commissione e/o estrazione a sorte - Predisposizione regolamento	2,5	Dott. Stefano DI MATTEO
	Creazione meccanismo valutativo	2,5	Individuazione dei meccanismi imparziali nella procedura di valutazione dei candidati	2,5	Dott. Stefano DI MATTEO
	Accertamento regolarità formali	1,16	Tempi di pubblicità adeguata dei bandi - controlli a campione	1,16	Dott. Stefano DI MATTEO

Borse di studio	Richiesta di attivazione procedura	1,66	Verifica che la procedura sia attivata per una esigenza effettiva e programmata	1,66	Dott. Stefano DI MATTEO
	Requisiti di ammissione	1,66	Verifica dei requisiti di ammissione e coerenza con funzioni e ruolo	1,66	Dott. Stefano DI MATTEO
	Nomina commissione esaminatrice	2,5	Indicazione preventiva dei criteri per l'individuazione dei componenti della commissione e/o estrazione a sorte - Predisposizione regolamento	2,5	Dott. Stefano DI MATTEO
	Creazione meccanismo valutativo	2,08	Individuazione dei meccanismi imparziali nella procedura di valutazione dei candidati	2,08	Dott. Stefano DI MATTEO
	Accertamento regolarità formali	1,16	Tempi di pubblicità adeguata dei bandi - controlli a campione	1,16	Dott. Stefano DI MATTEO
Formazione	L'attività formativa dell'ISS è attualmente gestita esclusivamente in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA). Alla SNA è demandata l'attività di verifica dei requisiti di ammissione e la conseguente ammissione dei candidati.				

AREA : UFFICIO PROGETTI E CONVENZIONI					
Responsabile: Dott. Marco DES DORIDES					
Sottoaree	Attività a Rischio	Valutazione del rischio prima della misura (*)	Misure di prevenzione	Valutazione del rischio dopo della misura (*)	Responsabile della misura
Attività di gestione afferente gli accordi di collaborazione ed i contratti di ricerca	Movimentazioni finanziarie dall'Istituto verso enti terzi costituenti unità operative non espressamente previste dall'accordo di collaborazione con l'ente finanziatore, ma dallo stesso accordo previamente e genericamente facoltizzate secondo le condizioni contrattuali prestabilite	4,95	Utilizzo di apposita modulistica per la dichiarazione di situazioni di conflitto di interesse; controlli a campione sulle dichiarazioni presentate	4,66	Responsabile dell'Ufficio
Attività di gestione correlata agli incarichi di collaborazione a valere su fondi di programmi di ricerca	Attività inerente le specifiche commissioni per la gestione della selezione pubblica, costituite da personale esclusivamente interno	4,25	Controlli a campione per la verifica della veridicità sulle dichiarazioni di incompatibilità/astensione dei componenti delle commissioni	4	Responsabile dell'Ufficio
Adempimenti pertinenti l'attività brevettuale	Non si evidenziano rischi di corruzione				
Adempimenti amministrativi in materia di partecipazioni a società, consorzi, associazioni	Non si evidenziano rischi di corruzione				

Nella fase di misurazione del rischio effettuata secondo gli indici di valutazione della probabilità/impatto suggeriti dalla Funzione Pubblica indicati nell'allegato 5 al PNA 2013 si è riscontrata una difficoltà di adattamento dello strumento stesso alla natura dell'ISS ed una conseguente misurazione del rischio non propriamente realistica.

Tenuto conto che lo stesso PNA 2015 precisa che la metodologia dell'allegato 5 non è strettamente vincolante potendo le amministrazione scegliere criteri diversi purché adeguati al fine, per poter effettuare una misurazione più adeguata alla realtà dell'ISS, ci si propone nell'anno 2018 di elaborare una nuova griglia raccolta dati (sempre secondo indici di valutazione della probabilità/impatto) da estendere a tutti gli uffici.



6. COLLEGAMENTO TRA PTPC E PIANO DELLA *PERFORMANCE*

Nel tempo e nell'evoluzione normativa si va facendo sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della *Performance*; infatti già l'aggiornamento al PNA 2015 richiama la necessità della coerenza tra i due Piani nonché la definizione della *Performance* organizzativa ed individuale.

Si tratta sostanzialmente di tener conto del fatto che:

- a) le politiche sulla *performance* contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte sempre in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

Secondo la Determinazione ANAC 12/2015 nei PTPCT devono essere esplicitati i collegamenti fra misure di prevenzione della corruzione e obiettivi di *performance* organizzativi e individuali.

Il PNA 2016 ed il D. Lgs. n. 75/17 definiscono ancora meglio la necessaria connessione fra gli obiettivi di *performance* e le misure di trasparenza.

Una conferma ulteriore di tale indispensabile misura è contenuta nel D. Lgs. n. 33/2013, che all'art. 10 recita «*La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali*». Eventuali inadempimenti relativi agli obblighi di anticorruzione e trasparenza sono «*elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale*», nonché «*eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione*».

Ricostruito sinteticamente il quadro normativo e la sua evoluzione ai fini del presente Piano è dunque necessario considerare

l'inscindibile legame tra PTPC, Trasparenza e *Performance* tale che possa crearsi realmente un contesto sfavorevole ad ogni forma di “malamministrazione”.

In tal senso è importante che gli “adempimenti” cui ciascun Responsabile è chiamato dalle disposizioni in tema di trasparenza e obiettivi di *performance* siano considerate vere e proprie “misure” di prevenzione della corruzione.

Affinché tali misure vengano tenute in debita considerazione è opportuno che in sede di assegnazione degli obiettivi individuali venga assegnato agli obiettivi di trasparenza ed anticorruzione un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della *Performance*.

A tal fine va rilevato come già per il 2017 ad alcuni Dirigenti di seconda Fascia siano stati attribuiti obiettivi specifici in tema di adempimenti legati alla anticorruzione ed alla trasparenza.

Il risultato è stato positivo ed il modello va esteso a tutti.

7. AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI ex art 53 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e 58, co.4 CCNL 21.02.2002

La materia ha una precisa disciplina nell'art 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. concernente la “*Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi*” che stabilisce in via di principio per tutti i dipendenti pubblici il regime delle incompatibilità e disciplina la materia concernente l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi conferiti da soggetti terzi a dipendenti pubblici e nell'art.58 co.4 del CCNL 2002 che, in particolare per gli Enti di Ricerca, consente al personale appartenente ai profili di Ricercatore e Tecnologo di poter svolgere nel limite di 160 ore annue attività aggiuntive rispetto all'orario di lavoro dandone preventiva comunicazione all'ISS.

La materia riguardante lo svolgimento degli incarichi extraistituzionali è stata innovata dalla L. n. 190/2012 con

l'introduzione di modifiche ed integrazioni all'art. 53 D. Lgs. n. 165/2001.

La normativa di riferimento pone l'obbligo di comunicazione dei predetti incarichi e dei relativi compensi 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.

L'applicazione della suindicata normativa legislativa e contrattuale nonché degli indirizzi recati da Circolari e Linee Guida emanate dalla Funzione Pubblica richiede l'espletamento di procedure che avviate ad istanza dei dipendenti interessati, mediante utilizzo di appositi moduli, si concludono previa istruttoria con il rilascio o con il diniego dell'autorizzazione richiesta (ovvero con l'accoglimento o meno della comunicazione effettuata ai sensi dell'art. 58 co.4 CCNL) e con le citate successive comunicazioni alla Funzione Pubblica.

La complessità delle procedure risiede nella delicatezza dell'esame istruttorio volto a riscontrare la sussistenza o meno caso per caso delle condizioni sottese al rilascio dell'autorizzazione o all'accoglimento delle comunicazioni sebbene le richieste avanzate dai dipendenti siano sottoscritte dai Direttori delle strutture di rispettiva appartenenza attestanti l'assenza di incompatibilità e conflitto di interessi "anche solo potenziale"

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 fattuale di riferimento alla luce della normativa vigente è apparsa fondatamente rinvenibile la

sussistenza di ipotesi di “conflitto, anche solo potenziale di interessi”;

- richieste di autorizzazione a fronte di incarichi per i quali, presentandosi come omologhi (se non identici) e più volte reiterati da parte del medesimo dipendente si è ravvisata l'assenza del previsto carattere di occasionalità.

Sono rilevabili aspetti critici che è opportuno individuare per evitare che vengano a concretizzarsi:

- attività di formazione svolte reiteratamente come incarichi extraistituzionali retribuiti che potrebbero essere svolti come attività istituzionali, riconducendosi ai compiti propri dell'ente;
- attività svolte come incarichi extraistituzionali retribuiti che potrebbero essere svolte come attività istituzionali nell'ambito di nuove convenzioni da stipularsi tra l'ISS e gli Enti conferenti o apportando eventuali modifiche alle convenzioni in essere;
- attività svolte come incarichi extraistituzionali svolte reiteratamente con contratti co.co.co. a fronte di compensi erogati mensilmente;
- reiterazione da parte degli stessi soggetti di medesimi incarichi in contrasto con il previsto carattere di occasionalità;
- potenziale conflitto di interesse nel caso di incarichi extraistituzionali svolti per aziende private;
- attività retribuite come incarichi extraistituzionali svolte nell'ambito delle 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.

Utilizzo per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali 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”.

Con particolare riferimento alla disciplina della autorizzazione degli incarichi, il competente Ufficio amministrativo ha adottato una specifica procedura per la richiesta ed il rilascio di autorizzazione, con la previsione di una apposita modulistica 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.

Il monitoraggio circa il corretto adempimento delle procedure nonché l'effettuazione di verifiche con controlli a campione sulle dichiarazioni e richieste presentate è demandato al competente ufficio amministrativo.

Lo stesso ufficio dovrà curare una registrazione di tutti gli incarichi conferiti/autorizzati/comunicati riportandone ai fini della trasparenza gli elementi essenziali.

8. CODICE DI COMPORTAMENTO E CONFLITTO DI INTERESSI

Per conflitto di interessi si intende ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici.

Regolamentare la materia costituisce oltre che un preciso obbligo, un efficace strumento di prevenzione della corruzione e dunque occorre che tutti i responsabili prestino la dovuta attenzione a che gli appartenenti alle strutture che dirigono, si attengano scrupolosamente alle disposizioni del Codice stesso.

E' stato allo scopo recentemente redatto il Codice di Comportamento e Conflitto di Interessi dell'Istituto Superiore di Sanità finalizzato ad assicurare:

- la qualità dei servizi e delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità;
- la prevenzione della Corruzione;
- la prevenzione le modalità di accertamento e l'eliminazione del conflitto di interessi.

Si rimanda, in questa sede, all'emanando codice di comportamento, pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" "altri contenuti" del sito istituzionale della Amministrazione.

9. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (*WHISTLEBLOWER*)

Al fine di adottare tutti i necessari accorgimenti per tutelare il dipendente che segnala illeciti e per garantire la riservatezza della relativa identità, a metà anno, è stato predisposto un disciplinare che, in conformità con l'art.54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165 e con quanto disposto dall'ANAC nella Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 "*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)*", definisce gli ambiti di applicazione e le modalità di utilizzo dell'istituto stesso.

Le citate linee guida avevano proposto quale soluzione ottimale la creazione di un sistema crittografato per la gestione delle segnalazioni con l'utilizzo di protocolli sicuri e standard per il trasporto dei dati.

In attesa che tale sistema venisse messo a punto in via definitiva si è proceduto ad attuare la procedura sostitutiva suggerita nella determinazione ANAC stessa con la creazione di un indirizzo di posta elettronica certificata allo scopo dedicata.

Il disciplinare infatti attualmente prevede che si possano ricevere le segnalazioni con le seguenti modalità:

□ mediante invio, all'indirizzo di posta elettronica *resp.anticorruzione@pec.iss.it*. In tal caso, l'identità del segnalante sarà conosciuta solo dal Responsabile della prevenzione della corruzione che ne garantirà la riservatezza, fatti salvi i casi in cui non è opponibile per legge;

□ a mezzo del servizio postale o *brevi manu*; in tal caso, per poter usufruire della garanzia della riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in una doppia busta chiusa inviata all'Ufficio del Protocollo che rechi all'esterno la dicitura “All’attenzione del Responsabile della prevenzione della corruzione riservata/personale”.

Il disciplinare, comprensivo del modulo di segnalazione, è stato pubblicato sul sito istituzionale nella sezione *“Amministrazione trasparente/altri contenuti”*.

La recentissima Legge n. 179 del 15 novembre 2017 modifica parzialmente l'art. 54 bis del decreto legislativo introducendo concetti nuovi e delineando meglio gli ambiti.

Si riassumono – di seguito – le principali novità:

- innanzitutto il pubblico dipendente che nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione segnala al RPCT o all'ANAC o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti sulla condizione di lavoro determinata dalla segnalazione;
- l'identità del segnalante non può essere rivelata;
- la segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 e s.m.i.

L'ANAC sta predisponendo apposite linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni

prevedendo l'utilizzo di modalità informatiche; viene ribadita, in ogni caso, la preferenza per il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

E' necessario, nel corso del 2018, con l'indispensabile coinvolgimento del competente Settore Informatico, mettere a punto detto sistema informatico.

Dunque, nell'ambito degli obiettivi di *performance* del Responsabile del Settore Informatico deve essere prevista la creazione e l'operatività del sistema crittografato richiesto dalla normativa

E' da rilevare comunque che nel corso del 2017 non sono pervenute segnalazioni.

10. TRASPARENZA: STATO ATTUALE E PROGRAMMA DI LAVORO

La presente sezione costituisce il doveroso adempimento alle previsioni del D. Lgs. n. 33, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, relativamente alla previsione che il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione contenga una specifica sezione dedicata alla trasparenza.

Ciò anche nella consapevolezza che uno degli strumenti fondamentali per la prevenzione della corruzione e per garantire l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa sia rappresentato – appunto - dalla trasparenza, pubblicità e diffusione degli atti amministrativi.

Proprio il citato D. Lgs. n. 97/2016 ha introdotto rilevanti modifiche nel sistema della trasparenza nelle amministrazioni, sia per quel che riguarda l'organizzazione (sezione della trasparenza come parte del PTPC e unificazione delle responsabilità sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione in capo ad un unico soggetto), sia per i dati da pubblicare e a cui garantire l'accesso da parte di chiunque (cd. accesso "generalizzato" di cui all'art. 5 del d.lgs. 33/2013). Altra importante novità riguarda l'indicazione circa l'obbligatorietà dell'individuazione, da parte dell'organo di vertice, di

obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza coerenti con quelli della *performance*.

Il presente aggiornamento considera, pertanto, le modifiche introdotte dalla norma citata, e da quanto stabilito dalla Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con, tra l'altro, la delibera n. 50/2013.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella tabella riportata di sotto:

SCHEMA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI CON INDICAZIONE DEI SOGGETTI RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE\PUBBLICAZIONE DEI DATI				
Denominazione sotto-sezione livello I (Macrofamiglia)	Denominazione sotto-sezione livello II (Tipologia di dati)	Aggiornamento	Responsabile Trasmissione Dati	Responsabile Pubblicazione Dati
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati	Annuale	Dott. Maurizio Pasquali	Dott. Mario Iacobone
	Atti Generali	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Maurizio Pasquali	Dott. Mario Iacobone

Organizzazione	Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	_____	_____
	Articolazione degli uffici	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Telefono e posta elettronica	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone

	Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Tempestivo	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Dotazione organica	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Personale non a tempo indeterminato	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Tassi di assenza	Trimestrale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Antonio Caliendo Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Contrattazione collettiva	Tempestivo	Dott.ssa Claudia Mastrocola	Dott. Mario Iacobone
	Contrattazione integrativa	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Claudia Mastrocola	Dott. Mario Iacobone
	OIV	Tempestivo	Dott. Antonio Caliendo Dott.ssa Paola Ricci, Segretario OIV	Dott. Mario Iacobone
Bandi di concorso		Tempestivo	Dott. Stefano Di Matteo	Dott. Mario Iacobone
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Tempestivo	Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Piano della Performance	Tempestivo	Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Relazione sulla Performance	Tempestivo	Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone

	Ammontare complessivo dei premi	Tempestivo	Dott. Antonio Caliendo Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Dati relativi ai premi	Tempestivo	Dott. Antonio Caliendo Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Società partecipate	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Enti di diritto privato controllati	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
	Rappresentazione grafica	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia	Dott. Mario Iacobone
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Dott. Mario Iacobone
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo	Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento	Dott. Mario Iacobone
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Semestrale	Dott. Vincenzo Rafti	Dott. Mario Iacobone
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Semestrale	Dirigente che emana l'atto	Dott. Mario Iacobone
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Tempestivo Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
	Atti di concessione	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides	Dott. Mario Iacobone
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Francesco Barnato	Dott. Mario Iacobone
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Francesco Barnato	Dott. Mario Iacobone
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Francesco Barnato	Dott. Mario Iacobone
	Canone di locazione o affitto	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Dott. Francesco Barnato	Dott. Mario Iacobone
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Tempestivo Annuale	Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Organismi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo	Roberta Murru, segretario collegio dei Revisori	Dott. Mario Iacobone
	Corte dei conti	Tempestivo	Singolo Responsabile	Dott. Mario Iacobone
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Dott. Mario Iacobone
	Class action	Tempestivo	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Dott. Mario Iacobone
	Costi contabilizzati	Annuale	Singolo Responsabile dei servizi erogati	Dott. Mario Iacobone
	Liste di attesa	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	_____	_____
Pagamenti all'amministrazione	Dati sui pagamenti	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone

	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Annuale	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
	IBAN e pagamenti informatici	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Alessandro Valente	Dott. Mario Iacobone
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Tempestivo	Dott.ssa Rosa Maria Martocchia	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Mario Iacobone
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Arch. Giovanni Carabotta	Dott. Mario Iacobone
	Tempi e costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Tempestivo	Arch. Giovanni Carabotta	Dott. Mario Iacobone
Pianificazione e governo del territorio	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	_____	_____	_____
Informazioni ambientali		Tempestivo	Responsabile Struttura scientifica interessata	Dott. Mario Iacobone
Strutture sanitarie private accreditate	non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS	_____	_____	_____
Interventi straordinari e di emergenza		Tempestivo	Responsabile Struttura scientifica interessata	Dott. Mario Iacobone

Altri contenuti	Corruzione	Tempestivo Annuale	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Accesso civico	Tempestivo	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Annuale	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone
	Dati ulteriori	Annuale	Dott. Maurizio Pasquali Dott. Antonio Caliendo	Dott. Mario Iacobone

Con l'obiettivo di dare compiuta applicazione alla normativa in materia di trasparenza, integrità e legalità, si sta studiando una nuova piattaforma informatica in grado di riprodurre tutti i dati già presenti nella vecchia sezione di "Amministrazione trasparente" con la conseguente riprogettazione della pagina e del nuovo "layout" molto simile a quello messo a disposizione dal software del Ministero della Funzione Pubblica.

Il sistema in corso di sviluppo sarà volto ad assicurare la trasparenza dell'Ente ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e si basa soprattutto sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete la elaborazione e trasmissione dei dati e delle informazioni per la successiva pubblicazione sulla sezione del sito iss.it

In questo modo il RPCT ha un ruolo tecnicamente di "regista" con il compito di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione.

Gli uffici cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella già contenuta nel precedente Piano che si conferma e dovranno, nel rispetto ai tempi previsti dalla norma, trasmettere tali dati al RPCT per la definitiva pubblicazione.

Il RPCT svolge, come previsto dall'art. 43 del D. Lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica che varia a seconda della tipologia di dati come indicato dalla norma.

In tale contesto, l'attività di pubblicazione dei dati vede la collaborazione del dirigente responsabile (in qualità di “materiale detentore” dei dati oggetto di pubblicazione) e del RPCT che – attraverso il proprio *staff* – provvede alla pubblicazione del dato, attraverso la piattaforma informatica a ciò predisposta.

Da quanto precedentemente riportato, emerge il ruolo strategico dei dirigenti nella attività di pubblicazione, e, in questa ottica, si cercherà, nel periodo di vigenza del presente documento, di accrescere la sensibilizzazione dei dirigenti medesimi, anche al fine di garantire il rispetto delle previsioni normative.

A ciò si aggiunga che l'Ente si sta dotando di un Regolamento interno (“*Regolamento relativo agli obblighi di pubblicità e trasparenza*”) con la specifica finalità di disciplinare le concrete modalità di adempimento a carico di ciascuno dei soggetti che partecipano alle attività in materia di trasparenza.

Per quanto concerne l'indirizzo trasparenza@iss.it, si è proceduto a catalogare e soprattutto riscontrare le richieste provenienti dai cittadini e dai vari utenti. Nella maggior parte dei casi si è trattato di richieste di chiarimenti circa le informazioni e gli atti pubblicati nel sito ma ci sono anche state richieste di vario genere smistate ai settori competenti.

Nel 2018 si programma una analisi del contenuto delle richieste per valutare il miglioramento della chiarezza del sito istituzionale dell'Ente.

10.1 ACCESSO CIVICO SEMPLICE e ACCESSO GENERALIZZATO

Sempre il citato D. Lgs n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 ha segnato un ulteriore avanzamento nell'affermazione del principio di trasparenza della Pubblica Amministrazione determinando il passaggio dal “bisogno di conoscere al diritto di conoscere” ed ha disciplinato due forme di accesso civico (quello “*semplice*” art.5 co.1 e quello “*generalizzato*” art.5 comma 2) che

hanno natura, presupposti ed oggetto diversi dal diritto di “*accesso documentale*” disciplinato invece dalla L. n. 241/1990. Alla luce delle novità introdotte sono stati redatti, per essere sottoposti all’approvazione del Consiglio di Amministrazione dell’Ente i seguenti documenti:

- “*Regolamento in materia di accesso civico semplice e generalizzato*” ai sensi dell’art.5, commi 1 e 2 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- “*Regolamento in materia di accesso ai documenti amministrativi*” redatto ai sensi della L. n. 241/90 e s.m.i

In ottemperanza a quanto contemplato dall’art.5 del D. Lgs. n. 33/2013, nella sezione “*altri contenuti*” della pagina web “*Amministrazione trasparente*” dell’Istituto si individua la sottosezione “*Accesso civico*” destinata alla pubblicazione di atti oggetto di accesso e non riconducibili ad una sezione specifica.

Inoltre, a seguito della circolare della funzione pubblica n. 2/2017 “*Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*” ed in linea con quanto indicato nella delibera ANAC 1309/2016, si è continuato ad aggiornare il registro degli accessi.

Tale registro è stato pubblicato nella sezione “*altri contenuti*” del sito ISS “*Amministrazione Trasparente*” con indicazione dell’oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione.

L’obiettivo del RPCT, nel periodo di vigenza del presente Piano, è quello di rendere attuale e concreta una definizione di accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a “*favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche*”, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all’attività amministrativa.

Tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di accesso civico, ivi compresi quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di

conoscerli, di fruirne gratuitamente, e di utilizzarli e riutilizzarli ai sensi dell'articolo 7 del D. Lgs. n. 97/2016.

10.2 LIMITI ALLA TRASPARENZA

Nell'espletamento dell'attività di pubblicazione *on line* delle informazioni, secondo il dettato dell'art. 4 del D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, l'ISS tiene in debito conto le possibili interferenze tra la disciplina della trasparenza e quella della protezione dei dati personali contenuta nel D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

L'ISS garantisce, quindi, che i dati pubblicati e le modalità di pubblicazione rispettino la disciplina in materia di protezione dei dati personali anche alla luce delle linee guida emanate, nello specifico, dall'Autorità del Garante.

Tra le novità del Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (regolamento UE n. 679/2016) è generalmente segnalato l'obbligo, per le aziende di grandi dimensioni e per tutte le pubbliche amministrazioni degli Stati Membri, di nominare un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) o *Data Protection Officer* (DPO).

Per ricoprire questo ruolo, il Titolare del Trattamento può avvalersi di un proprio dipendente, oppure stipulare un contratto di servizio, affidando pertanto tale ruolo ad un soggetto esterno.

L'Ente, con decreto del 24.10.2017 n. 55, ha provveduto alla nomina del RPD con i compiti specificati dal Regolamento Europeo.

L'obiettivo, per l'anno 2018, è di collaborare proficuamente con tale figura con il compito delicato di gestire la mole di informazioni e garantire che i dati pubblicati e le modalità di pubblicazione rispettino la disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Particolare importanza dovrà essere riservata al diniego di eventuali accessi proprio per tutelare la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia e per gli eventuali riesami delle istanze da parte del RPCT.



10.3 VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI (AI SENSI DEL REGOLAMENTO SANZIONATORIO DEL 16.11.2016 DELL'ANAC PUBBLICATO IN G.U. N. 284 DEL 5.12.2016)

Il RPCT, vigila, tra l'altro, sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, al fine di assicurare completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Allo stesso è affidato il compito di prevedere specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza anche attraverso iniziative di promozione della trasparenza, dell'integrità e di contrasto alla corruzione.

In particolare, anche per il 2018, gli obiettivi operativi attribuiti ai dirigenti dovranno contemplare il dovere di collaborazione per l'attuazione dei principi di trasparenza e integrità; a tal fine dovranno essere inseriti, tra gli indici di valutazione dell'operato dei dirigenti, l'adempimento degli obblighi di trasparenza e la regolarità e tempestività della trasmissione dei dati necessari alla pubblicazione.

Singole misure di pubblicazione e trasparenza, a prescindere della obbligatorietà derivanti da norme e/o regolamenti, sono considerate nella tabelle delle attività a rischio del PTPCT come misure di prevenzione.

La mancata comunicazione dei dati verrà segnalata all'OIV nell'ambito dei *report* degli obiettivi individuali.

11. FORMAZIONE

Nel corso del 2017, anche tenendo conto della esiguità delle somme a disposizione, il necessario intervento formativo ha riguardato esclusivamente alcune figure tra cui il RPTC che ha partecipato a due percorsi formativi esterni all'Ente promossi dall'AGENAS e dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e i Referenti che sono

stati invitati a partecipare alle varie edizioni promosse nell'anno dalla SNA del “*Corso specialistico base per Referenti dell'anticorruzione*”.

Alcuni Referenti hanno colto l'invito partecipando al percorso formativo ed hanno potuto sicuramente acquisire maggiore consapevolezza e sensibilità sul tema.

Nell'anno 2018 è indispensabile che l'Ufficio Bilancio stanzi uno specifico fondo dedicato alla formazione specifica sull'Anticorruzione, Trasparenza e Conflitto di Interessi per poter garantire una più ampia partecipazione del personale dell'ISS agli eventi formativi sul tema.

E' stato predisposto un “*Piano di Formazione sull'Anticorruzione*” che è stato trasmesso al Dirigente dell'Ufficio Formazione per l'inserimento dello stesso nel più ampio Programma di Formazione del Personale dell'ISS.

11.1 PIANO DI FORMAZIONE SULL'ANTICORRUZIONE

La Legge n. 190/2012 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*” prevede all'art.1 che le Amministrazioni dello Stato, sulla base dei propri Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (PTPC), provvedano alla formazione dei dipendenti sui temi dell'etica e della legalità.

In base a quanto previsto dal comma 5 lett. b) della medesima Legge le Amministrazioni debbono definire procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA), i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

E' compito del Responsabile di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), secondo quanto stabilito nell'art. 1 comma 10, individuare il personale da inserire nei programmi di formazione.

In tale contesto si colloca, altresì, la possibilità riservata alle Amministrazioni di stipulare apposite convenzioni con la citata

SNA, nella sua qualità di soggetto deputato alla predisposizione di percorsi, anche specifici e settoriali, di formazione dei dipendenti pubblici sui temi dell'etica e della legalità.

A tal fine è stata inoltrata alla SNA, su richiesta del RPCT, dal competente Responsabile della Formazione, una specifica richiesta finalizzata alla stipula di una convenzione con la Scuola, dalla quale dovrebbe scaturire un idoneo programma formativo per i dipendenti dell'Istituto.

Il Piano Nazionale dell'Anticorruzione (PNA), più nello specifico, obbliga a programmare adeguati percorsi di formazione tenendo presente una strutturazione su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- livello specifico rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e ai funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Il precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Istituto Superiore di Sanità ha recepito tali indicazioni prevedendo i conseguenti interventi formativi.

Soggetti interessati

I soggetti interessati alla formazione sono il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza** che nel corso del 2017 ha partecipato a due corsi di formazione specifici per i RPCT proposti dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione e dall'AGENAS:

- **i Referenti** del Responsabile della prevenzione della corruzione individuati nei Capi Dipartimento/Centro/Servizio che svolgono, in collaborazione con il RPCT, un'azione

coordinata e capillare di contrasto alla corruzione ed all'illegalità;

- **i Dirigenti Amministrativi** al fine di fornire loro strumenti per promuovere all'interno della loro struttura una corretta gestione dei procedimenti amministrativi, in particolare di quelle aree considerate a maggior rischio di corruzione;
- **il Personale che lavora nei settori a maggior rischio corruzione;**
- **il Personale della Struttura di Supporto al RPCT;**
- **tutti i dipendenti**, la cui formazione deve mirare alla conoscenza dei temi dell'etica e della legalità.

Attività Programmate

Si prevede di effettuare nel triennio sia attività di **INFORMAZIONE** che di **FORMAZIONE**.

L'ATTIVITA' INFORMATIVA potrà articolarsi anche tramite l'organizzazione in sede di convegni/seminari tenuti da personalità dell'ANAC, AGENAS, CORTE DEI CONTI, GUARDIA DI FINANZA.

La FORMAZIONE GENERALE è rivolta a tutto il personale dell'Ente. In tale ambito verranno trattate tematiche legate ai principi di etica e legalità finalizzate a garantire una maggiore consapevolezza in tema di prevenzione della corruzione riducendo il rischio che azioni illecite possano essere commesse anche inconsapevolmente.

Gli incontri si svolgeranno, preferibilmente *in house*, senza incidere sulla regolare attività degli uffici in modo da conciliare l'esigenza di formare il più ampio numero di persone con quella di contenere i costi connessi agli interventi formativi.

La FORMAZIONE SPECIFICA è rivolta al RPCT, ai Referenti, ed ai Dirigenti/Funzionari amministrativi. Sarà una formazione mirata al miglioramento delle competenze nell'attivazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo di chi è coinvolto direttamente o indirettamente alle attività a maggior rischio corruzione.

Tale formazione, come da indicazioni contenute nel PNA, deve essere svolta in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione.

A titolo esemplificativo si descrive di seguito lo schema delle attività programmate ma considerato l'arco temporale di vigenza del piano si demanda ad aggiornamenti successivi la calendarizzazione degli eventi formativi:

Attività formativa

Tipo formazione generale/ specifico/ specifico	destinatari	Ente erogatore	contenuto	costo
specifico	RPCT	SNA		
specifico	Referenti Capi dip/centro/servizio	SNA		
specifico	Personale attività a rischio	SNA		
generale	Tutto il personale	Soggetto da individuare		

Attività informativa

Destinatari	Ente erogatore	contenuto	costo
Tutto il personale	ISS		

Risultati attesi

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione infatti una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte “con cognizione di causa”; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale “in formazione” proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di “buone pratiche amministrative” a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;

- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Monitoraggio sulla formazione

Le amministrazioni sono tenute a monitorare e verificare il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia. La qualità del piano formativo è garantita dal monitoraggio costante per ciascuna attività formativa attraverso la compilazione di un questionario individuale volto ad accertare le conoscenze dei partecipanti ed evidenziare le maggiori criticità sorte sul campo, in modo che possano essere riorientate in futuro le misure formative.

Allo scopo potrà essere elaborata una “*scheda di rilevazione della qualità della formazione*” da somministrare ai partecipanti per verificare l'efficacia dell'intervento formativo.

12. MONITORAGGIO E CONTROLLI

Un monitoraggio generale sull'efficacia del Piano e delle misure viene effettuato semestralmente dal RPCT con il necessario coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio, ovvero i Referenti dell'Area Tecnico Scientifica ed Amministrativa, mediante la compilazione di specifiche schede di monitoraggio volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte motivate di modifica/integrazioni utili ai fini dell'aggiornamento del Piano.

Costituisce ulteriore strumento di monitoraggio il report periodicamente predisposto e trasmesso al RPCT dal Responsabile dell'Ufficio Contenzioso riportante i dati dei procedimenti disciplinari e dei contenziosi promossi contro l'Ente aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva.

Sulla base delle risultanze e delle valutazioni dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente disponibili, quali segnalazioni ricevute tramite la procedura di *whistleblowing*, richieste di accesso di vario tipo o eventi comunicati dai Referenti o da altri soggetti destinatari degli obblighi informativi nei confronti del RPCT, quest'ultimo predispone la propria Relazione annuale, curandone la presentazione al Consiglio di Amministrazione e successivamente la pubblicazione sul sito dell'Ente entro il 31 gennaio di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC.

Nel corso del 2018 saranno particolarmente monitorati i seguenti ambiti:

- inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali;
- pagamenti sopra i 10.000 Euro;
- rispetto dei tempi di pagamento;
- composizione e rotazione delle commissioni aggiudicatrici e/o di concorso;
- attività contrattuale;
- dichiarazioni circa la assenza di conflitti di interesse.

Nel rispetto delle funzioni di vigilanza del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, l'attuazione di questa misura nei diversi ambiti nei quali può esplicitarsi non può che essere svolta con l'indispensabile collaborazione dei referenti per la prevenzione della corruzione e più in generale dei Dirigenti Amministrativi e dei Responsabili dei vari ambiti tecnico/scientifici che, anche di propria iniziativa, oltre che su richiesta del RPCT sono tenuti a segnalare situazioni anomale.

Aggiornamento normativo

Nel 2017 è stato istituito un sistema di aggiornamento normativo, con lo scopo di aggiornare e sensibilizzare i Dirigenti sulla normativa generale e, nello specifico, si è creata anche una sezione dedicata interamente alla normativa anticorruzione.

Con tale sistema, in fase di implementazione, si è proceduto attraverso la collaborazione del Settore informatico e dell'Ufficio di staff a supporto del RPCT, alla creazione di cartelle condivise nelle quali riportare aggiornamenti legislativi e informazioni di interesse generale con particolare riferimento alla materia dell'anticorruzione.

Tale sistema così strutturato sta garantendo uno scambio attivo e costante di ogni informazione utile rendendo lo spazio condiviso una risorsa di informazione, continuamente arricchita, dalla quale l'attività di ciascuno può trarre proficuo vantaggio.

Gli aggiornamenti sono comunicati agli interessati con mail interne di notifica.

La misura si è rivelata un utile strumento a servizio di tutti i responsabili e può essere ritenuta un valido contributo al corretto esplicarsi dell'attività amministrativa e all'aggiornamento continuo delle disposizioni in materia di anticorruzione.

Rilevatosi l'aggiornamento normativo un valido ed efficace strumento di prevenzione si ritiene utile, anche per l'anno 2018, proseguirne l'implementazione.

13. NOMINA DEL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

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 IV – Contratti della Direzione Centrale delle Risorse Umane ed Economiche, il Dott. Alessandro Valente, che riveste il ruolo di Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante.

14. DISPOSIZIONI FINALI

Pubblicità del Piano

Si è proceduto alla compilazione e si procederà alla pubblicazione sul sito istituzionale della relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (relativa all'anno 2017) di cui all'art.1, comma 14 della L. 190/2012.

L'aggiornamento del Piano verrà pubblicato sul sito web istituzionale nella sezione "*amministrazione trasparente*".

Aggiornamento "dinamico" del Piano

Nel corso dell'anno 2018 il RPCT continuerà a monitorare le azioni poste in essere dai Referenti allo scopo di procedere agli aggiornamenti che si rendessero necessari.

Il presente piano triennale, considerata la sua natura dinamica, sarà aggiornato qualora norme successive lo richiedano.