



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
2020-2022

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

Gennaio 2020

Sommario

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| DEFINIZIONE ED ACRONIMI | 3 |
| 1. PREMESSA: LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' – PRINCIPALI NOVITA' | 4 |
| 2. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE | 6 |
| 2.1. ANALISI DEL CONTESTO | 8 |
| 2.1.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO | 8 |
| 2.1.2 L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO | 23 |
| 2.1.2.1 L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' | 23 |
| 2.1.2.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI..... | 29 |
| 2.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO | 53 |
| 2.2.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO..... | 53 |
| 2.2.2 ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO | 54 |
| 2.2.2.1 LO STRUMENTO DI MISURAZIONE DELL'ISS..... | 54 |
| 2.2.3. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO | 60 |
| 2.2.3.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE | 60 |
| 2.2.3.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE | 61 |
| 2.2.3.3 MONITORAGGIO E RIESAME DEL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO..... | 64 |
| 2.2.3.4 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE..... | 64 |
| 3. I SOGGETTI COINVOLTI | 65 |
| 4. IL COLLEGAMENTO TRA PTPCT E PIANO DELLA PERFORMANCE..... | 74 |
| 5. INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'..... | 76 |
| 6. 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 | 76 |
| 7. SEGNALAZIONE DI VIOLAZIONE O IRREGOLARITA' COMMESSE AI DANNI DELL'INTERESSE PUBBLICO -C.D. WHISTLEBLOWING- | 83 |
| 8. PANTOUFLAGE | 86 |
| 9. PATTI DI INTEGRITA' | 87 |
| 10. LA ROTAZIONE DEL PERSONALE..... | 87 |

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11. | LA FORMAZIONE | 91 |
| 12. | LA TRASPARENZA..... | 92 |
| 13. | CODICE DI COMPORTAMENTO | 100 |
| 14. | MONITORAGGIO E CONTROLLI..... | 101 |
| 15. | LA FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE | 102 |
| 16. | AGGIORNAMENTO NORMATIVO | 103 |
| 17. | DISPOSIZIONI FINALI..... | 104 |

DEFINIZIONE ED ACRONIMI

| ACRONIMO | DEFINIZIONE |
|----------|---------------------------------------------------------------------|
| CDA | Consiglio di Amministrazione |
| PTPCT | Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |
| ISS | Istituto Superiore di Sanità |
| PNA | Piano Nazionale Anticorruzione |
| ROF | Regolamento di Organizzazione e Funzionamento |
| PTA | Piano Triennale di Attività |
| SSN | Servizio Sanitario Nazionale |
| OO.SS. | Organizzazioni Sindacali |
| SNA | Scuola Nazionale dell'Amministrazione |
| OIV | Organismo Indipendente di Valutazione delle Prestazioni |
| ANAC | Autorità Nazionale per l'Anticorruzione |
| CDR | Collegio dei Revisori |
| EPR | Enti Pubblici di Ricerca |
| CCNL | Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro |
| DFP | Dipartimento Funzione Pubblica |
| RPD | Responsabile della Protezione dei Dati |
| AGENAS | Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali |
| RASA | Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante |

1. PREMESSA: LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - PRINCIPALI NOVITA'

Il presente Piano è redatto in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*" ed in conformità a quanto previsto nei Piani Nazionali Anticorruzione che si sono susseguiti dal 2013 ad oggi.

La legge 190/2012 prevede che entro il 31 gennaio di ogni anno l'organo di indirizzo politico di ogni amministrazione adotti, su proposta dell'RPCT, un PTPCT contenente l'indicazione delle azioni e delle misure di contrasto al rischio corruttivo

Se la Legge 190/2012 stabilisce i principi generali, i PNA hanno costituito negli anni atti di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Attraverso i PNA, infatti, l'Autorità coordina l'attuazione delle strategie ai fini della prevenzione e del contrasto alla corruzione e alla illegalità nella pubblica amministrazione.

Dal 2013 al 2018 sono stati adottati dall'ANAC due PNA e tre aggiornamenti al PNA e da ultimo, con delibera 1064 del 13 novembre 2019, il recente PNA 2019.

Rimane fermo l'impianto delineato dal Legislatore, con il permanere dell'obbligo di adozione del PTPCT, a carico delle singole amministrazioni, ed i relativi obblighi di vigilanza e di monitoraggio sulla applicazione delle misure delineate nel piano medesimo.

Il presente documento costituisce, come negli anni passati, l'aggiornamento annuale al PTPCT dell'ISS e lo strumento di pianificazione del sistema di prevenzione della corruzione per il triennio 2020-2022. In linea con quanto indicato dall'ANAC nel PNA 2016, comprende una specifica sezione dedicata alla Trasparenza.

Se già con il PTPCT 2019-2021 si era assistito ad un notevole approfondimento del processo di gestione del rischio corruttivo dell'ISS, il presente Piano rappresenta un vero e proprio spartiacque tra un passato che



definiva concetti di principio e delineava strategie in via generale ed un presente volto all'individuazione concreta dei possibili rischi corruttivi e alla definizione di misure organizzative e di contrasto specifiche in relazione alle peculiarità dell'ISS quale Ente di Ricerca.

Nel corso del 2019 è stata infatti ultimata l'analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo dell'ISS con la definitiva e dettagliata mappatura dei processi e la relativa articolazione in fasi, l'individuazione dei potenziali rischi corruttivi rinvenibili nelle singole fasi, l'applicazione dello strumento di misurazione presentato nel PTPCT 2019-2021, l'individuazione di idonee misure di contenimento e di sistemi di monitoraggio.

La risultanza di tale lavoro di analisi capillare è riportata nell'**ALLEGATO 1** al presente Piano che, oltre ad essere parte integrante di esso, ne costituisce il vero elemento di innovazione.

Il lungo percorso di analisi del ciclo di gestione del rischio è stato possibile grazie alla partecipazione attiva delle Strutture dell'ISS che hanno manifestato massima collaborazione. Al fine di agevolare quanto più possibile la comunicazione con quest'ultime è stato creato, con il supporto del Settore Informatico dell'ISS, uno spazio informatico condiviso.

Il "*blog*", localizzato nell'*intranet* dell'ISS, è stato utilizzato come strumento di consulenza e supporto per i Referenti e loro delegati, i quali hanno potuto interagire agevolmente tra loro e con la Struttura di Supporto all'RPCT.

Va rilevato inoltre che è stato creato, con apposito decreto, un gruppo di lavoro composto da personale dell'ISS appartenente a vari profili professionali.

I componenti del gruppo di lavoro hanno collaborato, in via non esclusiva ed affiancando tale incarico alla attività principale svolta in ISS, al fine di analizzare i riscontri pervenuti dalle Strutture sull'analisi del ciclo di gestione del rischio uniformandone ove necessario, i criteri di redazione.

2. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il processo di gestione del rischio corruttivo ha come sue principali finalità ~~quella di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'operato di un'Amministrazione e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.~~

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

Nel corso dell'anno 2019, anche sulla base di un'analisi delle criticità riscontrate negli anni precedenti, si è data priorità al fondamentale sviluppo (a tutti i livelli organizzativi) di una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. La gestione del rischio corruttivo non riguarda infatti solo il RPCT ma l'intera struttura.

Si è assistito ad una inaspettata ed assai sorprendente partecipazione riscontrando una piena e fattiva collaborazione dei Responsabili delle Strutture e dei loro collaboratori.

L'efficacia del sistema messo in atto è dipeso proprio da questo nuovo clima di collaborazione. Dovendo infatti il sistema tendere ad una effettiva riduzione del rischio corruttivo non deve essere attuato in modo formalistico, secondo una logica di mero adempimento burocratico, ma calibrato sulle specificità del contesto esterno ed interno e considerato come parte integrante del processo di gestione dell'Ente.

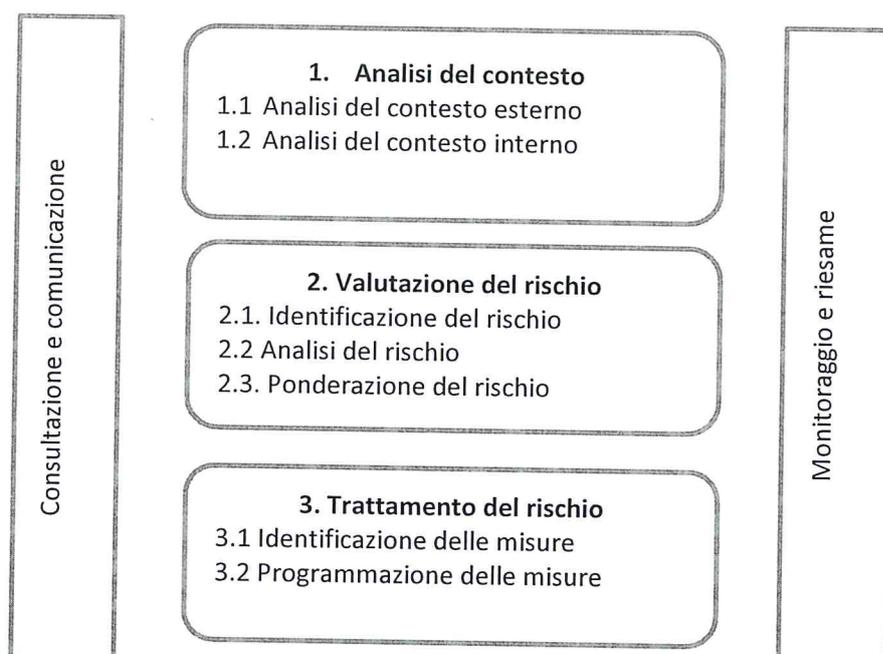
Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio ed il trattamento del rischio a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la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

Sviluppandosi in maniera ciclica in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto in un'ottica migliorativa delle risultanze del ciclo precedente

utilizzando l'esperienza accumulata ed adattandosi ad eventuali variazioni intervenute nel contesto interno ed esterno.

La fase di monitoraggio e riesame sarà affrontata nel corso dell'anno 2020.

Il Processo di Gestione del Rischio



2.1. ANALISI DEL CONTESTO

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

Solo con questo tipo di analisi è possibile elaborare un PTPCT contestualizzato.

2.1.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il contesto esterno è costituito dall'insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale, che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca.¹

Per contesto esterno può intendersi, quindi, l'ambiente nel quale l'Ente opera, sia inteso come ambiente geografico, economico, politico, sociale, normativo, sia inteso come settore di riferimento specifico.

A tale specifico proposito, tenuto conto della estrema eterogeneità dei soggetti con i quali le Strutture dell'ISS operano quotidianamente nello svolgimento dell'attività istituzionale, è stata avviata una analisi del contesto esterno che ha visto coinvolte direttamente le diverse Strutture dell'ISS.

Di queste, hanno dato riscontro 16 Strutture. Si ritiene tuttavia che tale campione possa considerarsi rappresentativo della situazione dell'Ente. Di seguito l'elenco dei riscontri:

- **5 strutture amministrative**
 - ✓ Ufficio trattamento giuridico ed economico del personale
 - ✓ Ufficio contenzioso del lavoro e disciplinare. Applicazione normativa anticorruzione e trasparenza

¹ Fonte Pubblica amministrazione di qualità – DFP

- ✓ Ufficio bilancio, ragioneria, affari fiscali
- ✓ Ufficio affari generali
- ✓ Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione

– **11 strutture scientifiche**

- ✓ Centro di riferimento per la medicina di genere
- ✓ Centro Nazionale Trapianti
- ✓ Centro Nazionale Sangue
- ✓ Centro Nazionale per la Salute Globale
- ✓ Centro Nazionale Dipendenze e Doping
- ✓ Centro Nazionale delle Sostanze Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore
- ✓ Centro Nazionale per la Ricerca su HIV/AIDS
- ✓ Centro Nazionale per il Controllo e la Valutazione dei Farmaci (CNCF)
- ✓ Grant Office e Technology Transfer
- ✓ Servizio Biologico
- ✓ Servizio Grandi Strumentazioni e Core Facilities

Dall'analisi delle risposte è emerso un quadro interessantissimo per il numero e l'eterogeneità dei soggetti con i quali le strutture dell'ISS si relazionano.

La suddivisione per categorie di soggetti esterni portatori di interesse (*stakeholder*), già individuate nel PTPCT aggiornamento 2019, è la seguente:

Categorie “stakeholder”:

- SOGGETTI PUBBLICI NAZIONALI
- SOGGETTI PUBBLICI INTERNAZIONALI
- SOGGETTI PRIVATI NAZIONALI ED ESTERI
- ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA/CONSUMATORI

Si elencano gli *stakeholder* individuati dalle Strutture dell'ISS divisi per categorie:

SOGGETTI PUBBLICI NAZIONALI:

UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE

1. Ministero della Salute
2. Ministero delle Economie e delle Finanze
3. Ministeri vari
4. Corte dei Conti
5. Banca d'Italia
6. Regioni
7. Comuni
8. ASL
9. AIFA
10. Istituti Zooprofilattici
11. Aziende Ospedaliere
12. IRCS
13. ARPA
14. Enti di Ricerca
15. Università
16. Enti previdenziali
17. Agenzie Fiscali

CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA DI GENERE

1. Università degli Studi di Roma Tor Vergata
2. Azienda Policlinico Umberto I, Roma
3. Università La Sapienza, Roma
4. Ospedale Nuovo Regina Margherita
5. IFO-Istituto Regina Elena
6. IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano
7. Università di Palermo
8. Università Foro Italico, Roma
9. Università degli Studi di Padova
10. Università degli Studi di Roma Tre
11. Università di Teramo
12. Ospedale "A. Murri" Fermo
13. CNR Pisa
14. Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna
15. CNR Roma
16. Università degli Studi di Bologna

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

1. Ministeri
2. Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano
3. Centri regionali/interregionali per i trapianti
4. Centri per i trapianti
5. Coordinamenti locali
6. Aziende Ospedaliere
7. ASL
8. AIFA
9. IRCS
10. Enti di Ricerca
11. Istituti dei tessuti
12. Organizzazioni per l'approvvigionamento delle cellule staminali emopoietiche
13. Università
14. Procura della Repubblica/NAS
15. Comuni

CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE

1. Agenzia Nazionale per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS)
2. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
3. Regione Piemonte
4. Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)
5. Istituto Nazionale, salute, migrazioni e povertà (INMP)
6. Ministero della Salute
7. ULSS2 Marca Trevigiana – Regione
8. ASL RM2 – Regione Lazio
9. Regione Lazio – Dipartimento di Epidemiologia del SSR
10. Regione Sicilia – Dipartimento di Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE)
11. Università di Foggia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche
12. CIBIO Università di Trento
13. Università Cattolica Sacro Cuore, Roma
14. Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”
15. Università degli Studi di Napoli “Federico II”
16. Università La Sapienza Roma
17. Università degli Studi di Milano
18. Istituto Tumori Regina Elena, Roma
19. Policlinico Umberto I, Roma
20. Ospedale Sant’Andrea, Roma
21. Policlinico Tor Vergata, Roma
22. Presidio ospedaliero San Camillo Forlanini, Roma
23. Ospedale Sani Filippo Neri, Roma
24. Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia
25. Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell’Emilia Romagna



26. Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Lazio e della Toscana

CENTRO NAZIONALE SANGUE

1. Ministeri
2. Regioni
3. ASL
4. AIFA
5. Aziende Ospedaliere
6. IRCS
7. Strutture della Rete Trasfusionale
8. Enti di Ricerca
9. Università
10. Autorità Giudiziarie Competenti
11. AGCM

CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING

1. Ministero della Salute
2. Dipartimento delle Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio
3. Università la Sapienza – Istituto di Medicina Legale
4. ASL
5. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM)
6. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia
7. MIUR
8. Università Politecnica delle Marche – Istituto di Medicina Legale

SERVIZIO BIOLOGICO

1. AIFA
2. Ministero della Salute
3. Ministero Affari Esteri
4. Ministero Ambiente
5. Magistratura
6. NAS
7. Guardia di Finanza
8. INAIL
9. Ospedali
10. Università ed Enti di Ricerca
11. Ondico/ISS

SERVIZIO GRANDI STRUMENTAZIONI E CORE FACILITIES

1. Università La Sapienza, Roma

2. Università di Tor Vergata, Roma

CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)

1. Ministero della Salute
2. Ministero dello Sviluppo Economico
3. Ministero dell'Ambiente del Territorio e del Mare
4. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
5. Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
6. Ministero dell'Interno
7. Ministero dell'Agricoltura
8. Università La Sapienza di Roma
9. Università degli Studi di Padova
10. Università Aldo Moro di Bari
11. Università Federico II di Napoli
12. Conferenza delle Regioni
13. ARPA e Agenzie regionali
14. Laboratori di sanità pubblica
15. ASL
16. Comando Carabinieri per la Tutela della Salute – Nucleo Antisofisticazioni e Sanità
17. Guardia di Finanza
18. Procura della Repubblica
19. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli
20. ISPRA
21. INAIL
22. CREA

CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS

1. Ministero della Salute
2. Ministero Università e Ricerca
3. Ministero degli Esteri
4. Ministero dell'Interno
5. Agenzia Italiana Cooperazione allo Sviluppo
6. AIFA
7. CNR
8. Università degli Studi di Ferrara – Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
9. Università degli studi di Padova
10. Università degli studi di Urbino
11. Università degli Studi di Tor Vergata
12. Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza
13. Università degli Studi di Bari – Azienda Ospedaliera “Ospedale Policlinico Consorziale”
14. Ospedale Santa Maria Goretti di Latina

15. Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" – IRCCS
16. Università degli Studi La Sapienza – Policlinico Universitario Umberto I
17. Istituto San Gallicano – IRCCS
18. Ospedale S. M. Annunziata – Azienda Sanitaria 10 di Firenze
19. Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico di Modena
20. Azienda Ospedaliera "Spedali Civili" di Brescia
21. Università degli Studi di Milano – Azienda Ospedaliera Luigi Sacco
22. Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tbor – H. S. Raffaele
23. Ospedale Amedeo di Savoia – A.S.L. Torino 3
24. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano – Divisione Oncologia Medica AIDS
25. Ospedale Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, Ospedale Civico Ben Fratelli di Palermo
26. Istituto Nazionale dei Tumori "G. Pascale" di Napoli
27. Università degli Studi di Cagliari
28. Università degli Studi di Sassari
29. Università degli Studi di Palermo
30. IRCCS Ospedale Maggiore di Milano
31. Istituto Dermatologico dell'Immacolata di Roma
32. Azienda Sanitaria USL4 di Prato
33. Ospedale Misericordia e Dolce, Prato
34. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Palermo
35. Ospedale Belcolle di Viterbo
36. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari ASL Genova 3
37. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari Regione Sardegna
38. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari Regione Lombardia
39. U.O.C. Medicina V Azienda Ospedaliera San Paolo Milano
40. U.O. Servizio Sanitario Penitenziario AUSL Modena
41. U.O. Servizio Sanitario Penitenziario AUSL Viterbo
42. U.O. Servizio Sanitario Penitenziario AUSL Bari
43. U.O. Servizi Sanitari Penitenziari Regione Calabria
44. Azienda Ospedaliera S. Orsola – Malpighi di Bologna

UFFICIO CONTENZIOSO DEL LAVORO E DISCIPLINARE. APPLICAZIONE NORMATIVA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

1. Avvocatura dello Stato
2. Tribunale del Lavoro
3. Avvocati dei ricorrenti
4. Rappresentanti sindacali

UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA, AFFARI FISCALI

1. Ministero della Salute
2. Ministero delle Economie e delle Finanze
3. Ministeri vari
4. Corte dei Conti
5. Banca d'Italia
6. Regioni
7. Comuni
8. ASL
9. AIFA
10. Istituti Zooprofilattici
11. Aziende Ospedaliere
12. IRCS
13. ARPA
14. Enti di Ricerca
15. Università
16. Enti previdenziali
17. Agenzie fiscali

CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E La VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)

1. AIFA
2. Ministeri
3. Regioni
4. ASL
5. Aziende Ospedaliere
6. Magistratura
7. N.A.S.
8. Agenzia delle Dogane, Guardia di Finanza, altre Forze di Polizia
9. Università

SOGGETTI PUBBLICI INTERNAZIONALI:

UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Commissione Europea
3. Organismi internazionali vari

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Consiglio d'Europa
3. Commissione Europea
4. Competent Authorities del settore degli stati membri e dei paesi terzi

CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE

1. European Commission
2. Imperial College, Londra, UK
3. IrsiCaixa – HIVACAT, Barcellona, Spagna
4. Duke University, Durham, USA
5. NIAID, Bethesda, Maryland, USA
6. Karolinska Institutet, Department of Biosciences and Nutrition, Sweden
7. INSERM IPMC, Centre National de la recherche scientifique
8. UCLA – Università della California, Los Angeles USA
9. Center disease Analysis e Polaris observatory, Colorado, USA
10. Université Victor Segalen, Bordeaux – Francia
11. University of Birmingham

CENTRO NAZIONALE SANGUE

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Commissione Europea
3. Competent Authorities del settore degli stati membri e dei paesi terzi

CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING

1. IMIM – Hospital del Mar Medical Research Institut (Par de Salut MAR, Barcelona)
2. Research Institute of Health Sciences, Palma de Mallorca, Spain

SERVIZIO BIOLOGICO

1. EDQM
2. ACCREDIA

CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)

1. ECHA
2. Commissione Europea

3. EFSA
4. OCSE
5. ONU
6. Rappresentanza Italiana all'estero
7. WHO

CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS

1. World Health Organization
2. Commissione Europea
3. National Institutes of Health – US (NIH)
4. National Institute of Health – Korea
5. South African Medical Research Council (SA-MRC)
6. European Research Council (ERC)
7. European-African partnership funding clinical research (EDCTP)
8. Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM)
9. European Centre for Disease Control (ECDC)
10. United Nation General Assembly Special Session (UNGASS)
11. Oxfam
12. National Department of Health (NDoH) (South Africa)
13. National Health Laboratory Service (South Africa)
14. Medicines Control Council (MCC – South Africa)
15. Southern African Catholic Bishops Conference (SACBC) (South Africa)
16. Research Innovation and Transformation, Pontefract, Regno Unito
17. CARDET, Nicosia, Cipro
18. Verein Multikulturell, Innsbruck, Austria
19. Universitat de Valencia, Spagna
20. Karoliniska Institutet, Stockholm, Sweden
21. Imperial College of Science, technology and Medicine, London, Regno Unito
22. University of Nebraska
23. Sefako Makgatho Health Sciences University (MECRU) (South Africa)
24. Clinical HIV Research Unit – Wits Health Consortium (South Africa)
25. Desmond Tutu HIV Foundation (South Africa)
26. Medunsa Clinical Research Unit (South Africa)
27. Helmholtz Centre for Infection Research (HZI) (Germany)
28. Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM) France

UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA, AFFARI FISCALI

1. Organizzazione Mondiale della Sanità
2. Commissione Europea
3. Organismi Internazionali Vari



CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)

1. EDQM (compresa European Pharmacopoeia)
 2. EMA
 3. Commissione Europea
 4. WHO
 5. EU Member States
 6. Europol
-

SOGGETTI, ENTI, AZIENDE, PRIVATI NAZIONALI ED ESTERI:

UFFICIO TRATTAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE

1. Società nazionali ed internazionali
2. Aziende Farmaceutiche
3. Fondazioni
4. Associazioni
5. Ditte
6. Professionisti
7. Privati
8. Tesorerie

CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA DI GENERE

1. Azienda farmaceutica Incyte Biosciences International Srl
2. Humanitas Ospedale-Milano
3. Lifeline srl, Pomezia
4. IRCCS IDI Roma
5. Banca d'Italia
6. Istituto Europeo di Oncologia, Milano
7. Università di Barcellona
8. Research Toxicology Center, Pomezia
9. Consorzio Vini Trentino, Trento
10. Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma
11. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

1. Strutture Sanitarie private autorizzate all'applicazione delle tecniche PMA
 2. Laboratori
 3. Aziende farmaceutiche
-

4. Consorzi/fondazioni di settore
5. Società fornitrici di sistemi informativi
6. Società Scientifiche nazionali ed internazionali
7. Aziende Private di cui all'art. 24 del DLgs 191/2007
8. Cittadini

CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE

1. ENI
2. Fondazione Jerome Lejeune
3. Società Italiana delle malattie infettive tropicali (SIMIT)
4. SIMM – Società Italiana Medicina delle Migrazioni
5. Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma
6. Fondazione PENTA
7. Gilead
8. Federazione Italiana di Cardiologia (FIC)
9. ITACTA (Italian Association of Cardiothoracic Anesthesia)
10. Comunità di Sant'Egidio
11. Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM)
12. TheNoor Al Hussein Foundation (NHF)

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

1. Aziende Farmaceutiche
2. Strutture Sanitarie private accreditate

CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING

1. Laboratori anti-doping Acquacetosa, Roma

SERVIZIO BIOLOGICO

1. Aziende Farmaceutiche produttrici di farmaci, principi attivi, gas medicinali e medicinali per terapie avanzate
2. Certiquality

CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)

1. Aziende fornitrici di apparecchiature/reagenti/informatica/cancelleria/materiale vario
2. Società di Consulenza



CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS

1. Diatheva (Italia)
2. Biovac Institute (South Africa)
3. Foundation for Professional Development (PTY) LTD (South Africa)
4. The Health Information Systems Programme – South Africa
5. Injectalia – Orofino Pharma
6. Fraunhofer – Gesellschaft zur Forderung der angewandten Forschung e.V. (Germany)
7. TCD – Triclinium (South Africa)

UFFICIO BILANCIO, RAGIONERIA, AFFARI FISCALI

1. Società nazionali ed internazionali
2. Aziende farmaceutiche
3. Fondazioni
4. Associazioni
5. Ditte
6. Professionisti
7. Privati
8. Tesoriere

CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)

1. Aziende Farmaceutiche
2. Società Scientifiche
3. Fornitori di beni e servizi

ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA/CONSUMATORI:**CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA DI GENERE**

1. Associazione Nazionale Pediatri
2. Federazione Nazionale Pediatri
3. Onlus Arcobaleno
4. Fondazione Nando Peretti

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

1. Associazione dei donatori/pazienti

CENTRO NAZIONALE PER LA SALUTE GLOBALE

1. Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC)
 2. Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF)
 3. Associazione dei pazienti EPAC
 4. Cittadinanza attiva
 5. NPS
-

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

1. FIODS
2. Associazioni e Federazioni di donatori di sangue (AVIS, FIDAS, FRATRES, CRI)
3. Federconsumatori

CENTRO NAZIONALE DELLE SOSTENZE CHIMICHE, PRODOTTI COSMETICI E PROTEZIONE DEL CONSUMATORE (CNCS)

1. CODACONS
2. Altroconsumo
3. Associazioni dei consumatori
4. Associazione disinfestatori
5. Federchimica
6. Associazione Tessile e Salute
7. Unione Industriale di Torino
8. Unindustria Treviso
9. Assovetro
10. Assocasa
11. Agrofarma
12. CEFIC
13. ASSIC
14. EUROMETAUX
15. AISE
16. DUCC
17. FECC
18. CONCAWE
19. Confindustria
20. ONG
21. CEPE

CENTRO NAZIONALE PER LA RICERCA SU HIV/AIDS

1. Dianova
2. I ragazzi della Panchina
3. LILA

4. Comunità San Benedetto
5. Comunità San Patrignano
6. Villa Maraini
7. Gruppo Abele
8. ANLAIDS
9. Archè
10. Caritas Italiana
11. CICA
12. CeIS
13. Comunità di S. Egidio
14. Centro Nazionale per il Volontariato
15. NPS
16. Circolo Mario Mieli
17. Arcigay
18. Gay Help line Gay Center
19. GITA
20. NADIR Onlus
21. Associazione ASIS Onlus
22. Cooperativa Il Millepiedi – Milano
23. Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione – Roma
24. Cooperativa il Cammino
25. Cooperativa IBIS

CENTRO NAZIONALE PER IL CONTROLLO E LA VALUTAZIONE DEI FARMACI (CNCF)

1. CODACONS e Associazioni similari
2. OO.SS. del Settore Farmaceutico
3. Privati Cittadini

Nel corso dell'anno 2020 si provvederà ad aggiornare ed ampliare l'analisi dei soggetti esterni estendendola a tutte le Strutture dell'ISS.

2.1.2 L'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Nell'analisi di contesto interno si analizzano gli aspetti legati all'organizzazione interna ed alla gestione operativa che potrebbero influenzare il rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

2.1.2.1 L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

“L'Istituto Superiore di Sanità, (I.S.S.) è organo tecnico – scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e dipende dal Ministero della Salute. L'Istituto è dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile. Svolge funzioni di ricerca, di sperimentazione, di controllo e di formazione per quanto concerne la salute pubblica”.

La Mission dell'ISS

Promozione e tutela della salute pubblica nazionale ed internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

L'attività di promozione e tutela della salute pubblica dell'Istituto è svolta, in particolare, nell'ambito delle patologie: neurologiche, oncologiche, ematologiche, genetiche, infettive, cardiovascolari, endocrino-metaboliche, immunomediate e di quelle associate all'invecchiamento.

Inoltre l'ISS:

- ✓ sviluppa strumenti e strategie mirati ad assicurare la salubrità degli alimenti, la lotta alle zoonosi e l'adozione di appropriati stili alimentari;
- ✓ valuta i rischi per la salute umana derivanti dalle esposizioni ambientali, identifica i fattori di rischio ed esegue studi di monitoraggio ambientale, biomonitoraggio e sorveglianza;
- ✓ opera quale Laboratorio ufficiale italiano per il controllo dei medicinali e svolge attività di valutazione e controllo dei prodotti medicinali da immettere sul mercato o già presenti in commercio per garantirne qualità e sicurezza. Svolge inoltre attività di ricerca e di valutazione preclinica e clinica dei farmaci e di supporto alla loro scoperta, sviluppo e sperimentazione.

Altre attività riguardano: ricerca e sviluppo di terapie contro l'HIV/AIDS e sindromi associate; ricerca e analisi dello stato di salute e dei bisogni della

popolazione mondiale per combattere le disuguaglianze nell'accesso alla salute; ricerca per la validazione di pratiche di diagnosi e terapie nella medicina di genere; ricerca nell'ambito della salute mentale per individuare meccanismi eziopatogenetici ambientali e promuovere il benessere psicofisico; ricerca, sorveglianza e prevenzione in ambito di dipendenze e doping; valutazione dei rischi legati all'uso di sostanze chimiche e cosmetici e prevenzione e sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni; protezione dai rischi derivanti da esposizione a radiazioni ionizzanti e non ionizzanti e sviluppo di metodi fisico-computazionali; coordinamento della sperimentazione animale a tutela del benessere degli animali; ricerca e monitoraggio della qualità e della sicurezza delle cure erogate dai servizi sanitari; valutazione delle tecnologie sanitarie; ricerca nell'ambito della telemedicina, delle nuove tecnologie informatiche assistenziali e delle tecnologie innovative in sanità; ricerca e sviluppo di metodi efficaci per la prevenzione delle principali malattie e per la promozione di stili di vita salutari in tutte le fasi della vita. Infine, l'Istituto è Centro di riferimento nazionale per le malattie rare e ospita il Centro Nazionale Trapianti e il Centro Nazionale Sangue.

La Vision dell'ISS

Produzione di conoscenze mediante la ricerca e la sperimentazione e diffusione delle conoscenze e delle evidenze scientifiche ai decisori, agli operatori e ai cittadini al fine di tutelare e promuovere la salute pubblica.

L'ISS intrattiene collaborazioni di ricerca e sperimentazione con altre importanti istituzioni nazionali che operano a tutela della salute pubblica, tra cui il Ministero della Salute e il Ministero dell'Ambiente, le Regioni, le Aziende Sanitarie Locali, le aziende ospedaliere e gli Istituti Scientifici di Ricovero e Cura, l'ISTAT, l'Agenas e l'AIFA.

Numerose sono anche le sue attività e collaborazioni a livello internazionale, che comprendono supporto scientifico e tecnico, di sviluppo con Paesi in transizione, con Paesi in via di sviluppo e con quelli in situazione di emergenza naturale o bellica.

L'Istituto progetta, sviluppa e organizza corsi di formazione in educazione sanitaria e in ambito di sanità pubblica per il personale del SSN. Organizza, inoltre, congressi, conferenze e seminari, a livello nazionale e internazionale, su importanti tematiche di salute pubblica. Produce diverse serie di pubblicazioni scientifiche, tra cui: gli Annali, rivista trimestrale *peer-*



reviewed e con *impact factor*; il Notiziario, newsletter mensile sulle attività e iniziative correnti, rapporti tecnici e monografie su temi di salute pubblica.

Il Funzionamento:

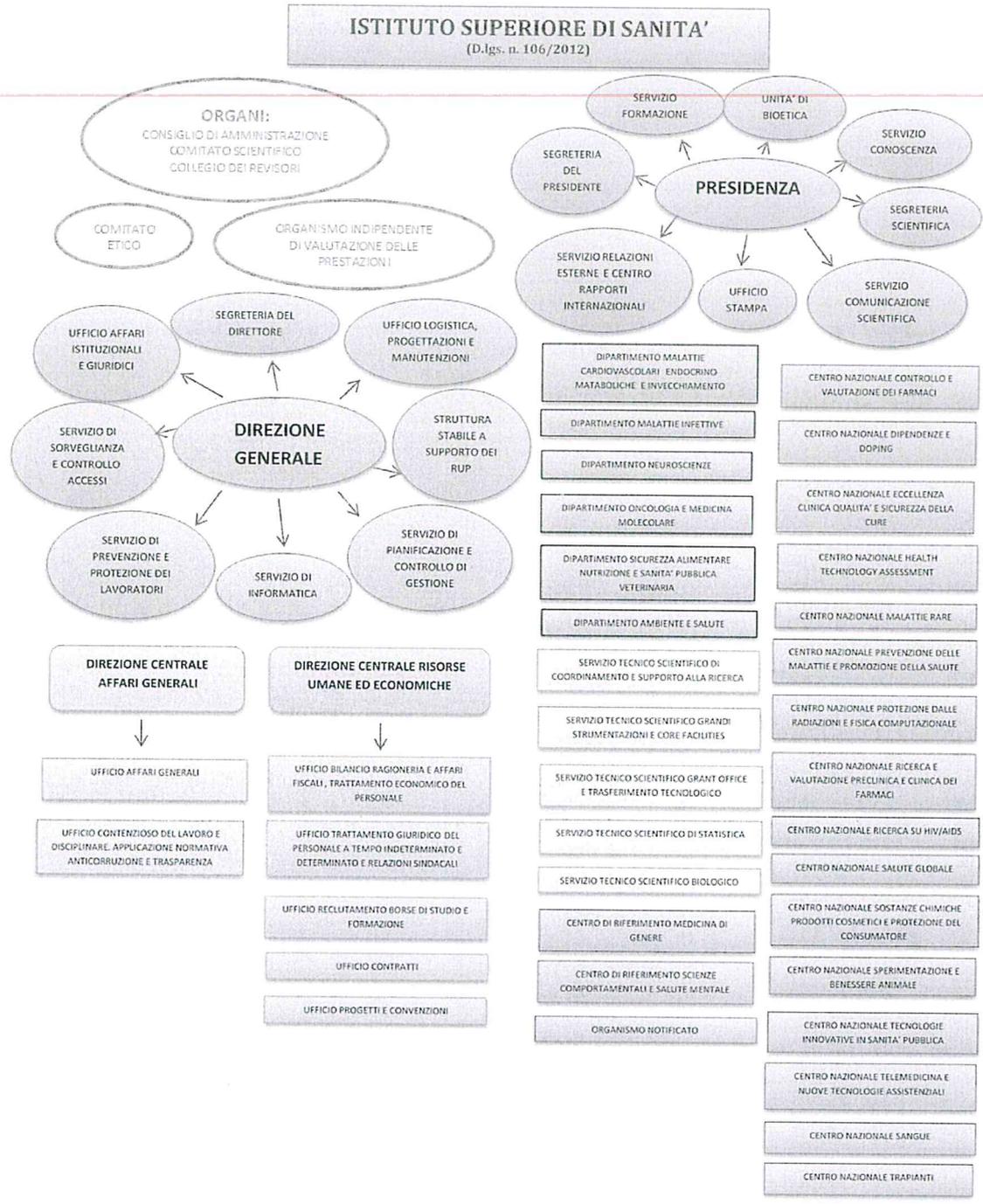
Il ROF approvato con DM 02/03/2016, emanato in attuazione dello Statuto, dopo i primi mesi di applicazione ha evidenziato la necessità di alcuni modesti aggiornamenti al fine di migliorare l'efficienza gestionale dell'Ente.

Con la Deliberazione n.1 del CDA dell'11 aprile 2018 avente ad oggetto "Proposta di modifiche al Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS approvato con DM 02/03/2016" sono state messe a punto delle rettifiche al fine di rendere più incisiva l'azione degli organi di direzione e più fluido l'esercizio delle iniziative gestionali.

Resta invariata la "duplicità" delle attività condotte dall'ISS già presentata nei precedenti PTPCT. L'attività tecnico-scientifica costituisce il nucleo centrale della *mission* dell'ISS e l'attività amministrativa è invece strumentale e di supporto a quella tecnico-scientifica.

Per una dettagliata analisi delle specifiche attività poste in essere da ciascuna Struttura si fa riferimento all'ALLEGATO 1 al PTA 2017-2019.

L'organigramma dell'Istituto Superiore di Sanità



I Presenti in Servizio al 01/12/2019

| Profilo | Livello | Personale in servizio a tempo indeterminato | Personale in servizio a tempo determinato |
|------------------------------------|---------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Dirigente di Ricerca | I | 42 | 5 |
| Primo Ricercatore | II | 187 | |
| Ricercatore | III | 532 | 83 |
| Dirigente Tecnologo | I | 8 | 2 |
| Primo Tecnologo | II | 22 | 2 |
| Tecnologo | III | 47 | 8 |
| Collaboratore Tecnico Enti Ricerca | IV | 237 | |
| Collaboratore Tecnico Enti Ricerca | V | 173 | |
| Collaboratore Tecnico Enti Ricerca | VI | 205 | 23 |
| Operatore Tecnico | VI | 58 | |
| Operatore Tecnico | VII | 56 | |
| Operatore Tecnico | VIII | 89 | 3 |
| Dirigente Centrale | | 2 | |
| Dirigente | | 8 | |
| Funzionario di Amministrazione | IV | 41 | |
| Funzionario di Amministrazione | V | 12 | 1 |
| Collaboratore di Amministrazione | V | 90 | |
| Collaboratore di Amministrazione | VI | 38 | |
| Collaboratore di Amministrazione | VII | 27 | 0 |
| TOTALE | | 1874 | 127 |

Dati forniti dall'Ufficio Matricola dell'ISS

Le Risorse Finanziarie

L'Istituto, così come definito nel suo Statuto, provvede allo svolgimento delle sue funzioni con mezzi finanziari derivanti:

- dal contributo finanziario derivante dal bilancio del Ministero della Salute
- dal contributo derivante dal Fondo Sanitario Nazionale per la ricerca corrente e finalizzata
- da contributi derivanti dalle Amministrazioni Centrali (altri Ministeri, Regioni, Province Comuni) da altri enti nazionali ed internazionali, pubblici o privati, per lo svolgimento di specifici progetti di ricerca
- Da donazioni
- Dai servizi a pagamento

Negli ultimi anni, la contrazione del contributo ordinario del bilancio dello Stato ha comportato la necessità di ampliare l'attività di partecipazione a bandi competitivi e l'attività dei servizi resi a terzi quali controlli/ispezioni/certificazioni e altro.

Di seguito, una rappresentazione delle risorse finanziarie gestite dall'Istituto Superiore di Sanità per l'anno 2019:

| Entrate e Spese per Titolo – Bilancio di Previsione anno 2019 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ENTRATE PER TITOLO | |
| | ENTRATE |
| Avanzo di Amministrazione | 43.011.748,11 |
| Totale titolo I - Entrate correnti di natura tributaria, contributiva e perequativa | 500.000,00 |
| Totale titolo II - Trasferimenti correnti | 163.676.079,04 |
| Totale titolo III - Entrate extratributarie | 3.429.000,00 |
| Totale titolo IV - Entrate in conto capitale (art. 20 - apparecchiature finanziate dal Ministero) | 4.093.500,00 |
| Totale titolo VI - Accensione Prestiti (Mutuo Cassa Depositi e Prestiti) | - |
| TOTALE | 215.520.327,15 |
| SPESE PER TITOLO | |
| | SPESE |
| Totale titolo I - Spese correnti | 188.478.873,21 |
| Totale titolo II - Spese in c/capitale | 26.200.873,79 |
| Totale titolo IV - Rimborso prestiti (Mutuo Cassa Depositi e Prestiti) | 840.580,15 |
| TOTALE | 215.520.327,15 |

2.1.2.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI

L'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno è la **mappatura dei processi** consistente nella individuazione ed analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è quello che l'intera attività dell'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La nuova e completa mappatura dei processi facenti capo alle Strutture dell'Istituto sia dell'area tecnico scientifica che dell'area amministrativa con relativa articolazione in fasi ed individuazione dei soggetti responsabili è inclusa nell' **ALLEGATO 1** del Piano come punto di partenza della più completa analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Dal livello di approfondimento scelto per l'analisi della mappatura è dipesa la possibile identificazione dei punti più vulnerabili del processo e, dunque, i rischi di corruzione potenziali che potrebbero insorgere in esso.

Si è provveduto, nel corso del 2019, ad ultimare la mappatura dettagliata dei processi analizzando anche le Strutture che in una prima fase di analisi erano state lasciate fuori a causa del loro ruolo prettamente istituzionale trattandosi di Strutture in capo alla Presidenza ed alla Direzione Generale. Di seguito un esempio di scheda fornita per raccogliere i dati:

| MAPPATURA DEI PROCESSI | | | | | | | |
|------------------------|-------------|----------------------|---------------------------|---------|------------------|-------------------------------------------|--|
| STRUTTURA: | | | | | | | |
| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase | |
| | 1_1 | | | 1_1_1 | | | |
| | | | | 1_1_2 | | | |
| | | | | 1_1_3 | | | |
| | | | | | | | |
| | 1_2 | | | | 1_2_1 | | |
| | | | | | 1_2_2 | | |
| | | | | | 1_2_3 | | |
| | | | | | | | |
| | 1_3 | | | | 1_3_1 | | |
| | | | | | 1_3_2 | | |
| | | | | | 1_3_3 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Di seguito sono illustrati i riscontri pervenuti dalle seguenti Strutture:

Strutture a Supporto della Presidenza

- Servizio Formazione
- Servizio Conoscenza
- Servizio Comunicazione Scientifica
- Ufficio Stampa
- Unità di Bioetica
- Servizio Relazioni Esterne e Centro Rapporti Internazionali

Strutture a Supporto della Direzione Generale

- Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione
- Servizio Sorveglianza e Controllo Accessi

È in fase di completamento, entro il primo trimestre del 2020, il lavoro di mappatura dei processi delle seguenti Strutture della Direzione Generale:

- Servizio di Informatica
- Servizio Prevenzione e Protezione dei Lavoratori

Servizio Formazione

| STRUTTURA: SERVIZIO FORMAZIONE - PRESIDENZA | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
| 1. Coordinamento eventi formativi e divulgazione scientifica | 1.1 | Attività preliminari | coordinatore | 1.1.1 | rapporti con ministero salute | l tec. |
| | | | | 1.1.2 | rapporti con ministero esteri | l tec. |
| | | | | 1.1.3 | valutazione dei progetti cui aderire | l tec. |
| | 1.2 | Attività di programmazione | Coordinatore/tecnologi/ricercatori | 1.2.1 | validazione del progetto definitivo | l tec. |
| | | | | 1.2.2 | autorizzazione e accreditamento ECM o altro accreditamento | cter |
| | | | | 1.2.3 | divulgazione del programma; raccolta delle iscrizioni; selezione partecipanti | cter |
| | | | | 1.2.4 | organizzazione logistica | cter |
| | 1.3 | Svolgimento dell'evento | responsabile scientifico evento | 1.3.1 | registrazione dei partecipanti | cter |
| | | | | 1.3.2 | svolgimento evento | cter |
| | | | | 1.3.3 | somministrazione test (verifica finale, gradimento, qualità) | cter |
| | 1.4 | Attività provider AGENAS e altri accreditamenti | responsabile ECM | 1.3.4 | riesame del progetto di dettaglio/validazione progetto definitivo | tec, ric, l tec, cter |
| | | | | 1.4.1 | inserimento evento in agenas | cter |
| | | | | 1.4.2 | controllo svolgimento evento secondo la norma agenas | cter |
| | 1.5 | Controllo qualità | Responsabile qualità | 1.4.3 | chiusura evento in agenas | cter |
| | | | | 1.5.1 | stesura manuale della qualità | cter |
| | | | | 1.5.2 | controllo appropriatezza | cter |
| | 1.6 | Valutazione evento | RQ, RS, RE | 1.5.3 | valutazione dei processi | tec, ric, l tec, cter |
| 1.6.1 | | | | controllo non conformità | tec, ric, l tec, cter | |
| 1.7 | | | | Chiusura evento | RS* Coordinatore eventi | 1.7.1 |
| | 1.7.2 | archiviazione e conservazione documentazione | cter | | | |
| 2. Gestione Servizio Aule | 2.1 | Gestione aule didattiche e congressuali | Operatore Tecnico + CAER | 2.1.1 | Presenza per apertura e chiusura delle aule | opter |
| | | | | 2.1.2 | piccola manutenzione mobili | opter |
| | 2.2 | Gestione dotazione tecniche d'aula | Operatore Tecnico | 2.2.1 | Supervisione del corretto funzionamento delle apparecchiature | opter |
| | | | | 2.2.2 | Controllo dell'utilizzo appropriato delle apparecchiature | opter |
| | | | | 2.2.3 | Rifornimento consumabili | opter |
| | | | | 2.2.4 | Aggiornamento dei sistemi/software | opter |
| | | | | 2.2.5 | Segnalazione malfunzionamento | caer |
| 2.3 | Assistenza alla segreteria tecnica e ai relatori | OT + CTER + CAER | 2.3.1 | presenza allo svolgimento dell'evento | opter | |
| 3. Gestione eventi ospitati | 3.1 | Contatto con cliente | CTER | 3.1.1 | recepimento richiesta di affitto aula | caer |
| | 3.2 | Gestione aule | OT | 3.2.1 | sopralluogo con il cliente | opter |
| | | | | 3.2.2 | accordi logistici con il cliente | opter |
| | | | | 3.2.3 | accordi tecnici con il cliente | opter |
| | 3.3 | processo di pagamento | CTER | 3.3.1 | invio documenti all'ufficio contratti | cter |
| | | | | 4.1.1 | accordi con committente | l tec cter |
| 4. Gestione piattaforma EDUISS | 4.1 | Progettazione e sviluppo | coordinatore + Resp. EDUISS + CTER + ricercatore | 4.1.2 | produzione materiale didattico | l tec cter |
| | | | | 4.1.3 | design grafico corso | cter |
| | | | | 4.2.1 | tutoring | cter, l tec, rec, tec |
| | 4.2 | Erogazione | RED. + CTER + RIC. | 4.2.2 | docenze | tec, ric, l tec, cter |
| | | | | 4.2.3 | assistenza per uso piattaforma | cter |
| | | | | 4.3.1 | assistenza in piattaforma | cter |
| | 4.3 | Monitoraggio e valutazione | coordinatore + Resp. EDUISS + CTER + ricercatore | 4.3.2 | valutazione andamento discenti | l tec cter |
| | | | | 4.3.3 | valutazione complessiva corso | l tec cter |
| | | | | 4.4 | Hosting | DITTA ESTERNA |

Servizio Conoscenza

| STRUTTURA: Servizio conoscenza - Biblioteca - Sez. Catalogazione | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
| Supporto alla ricerca | 1_1 | Catalogazione Semantica e Descrittiva dei documenti | CTER IV | 1_1_1 | Studio e analisi del contenuto dei documenti da catalogare online | 2 CTER IV |
| | | | | 1_1_2 | Assegnazione soggetti secondo standard internazionali | 2 CTER IV |
| | | | | 1_1_3 | Assegnazione classi secondo standard internazionali | 2 CTER IV |
| | | | | 1_1_4 | Descrizione completa documento secondo standard internazionali | 1 CTER IV; 1 CTER V |
| | | | | 1_1_5 | Assegnazione collocazione documenti catalogati | 1 CTER IV; 1 CTER V |
| | | | | 1_1_6 | Recupero ed eventuale collegamento dei full text alle pubblicazioni e alle risorse disponibili in rete | 1 CTER IV; 1 CTER V |
| | | | | 1_1_7 | Etichettatura documenti e applicazione dispositivo anticaccheggio | |
| | | | | 1_1_8 | Revisione e aggiornamento periodico del Catalogo online della Biblioteca ISS | 3 CTER IV; 1 CTER V |

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Supporto alla ricerca | 1_2 | Attività valorizzazione e conservazione del Fondo Rari | CTER IV | 1_2_1 | Organizzazione visite guidate | 3 CTER IV ; 1 CTER V | |
| | | | | 1_2_2 | Organizzazione mostre | | |
| | | | | 1_2_3 | Organizzazione seminari | | |
| | 1_3 | Gestione catalogo Sebina Libro Moderno e Antico | CTER IV | 1_3_1 | Revisione periodica dati catalogo | 3 CTER IV ; 1 CTER V | |
| | | | | 1_3_2 | Correzioni e aggiornamenti | | |
| | | | 1_3_3 | Link immagini digitali | | | |
| 1_4 | Produzione pubblicazioni professionali di settore | CTER IV | 1_4_1 | Redazione elaborati | 3 CTER IV ; 1 CTER V | | |
| 1_5 | Aggiornamento catalogo ACNP | CTER IV | 1_5_1 | Aggiornamento del posseduto Biblioteca ISS nel Catalogo Italiano dei Periodici | 1 CTER IV; 1 CTER V | | |
| | | | 1_5_2 | Aggiornamento dati e informazioni riguardanti la Biblioteca ISS | 1 CTER IV; 1 CTER V | | |
| STRUTTURA: Servizio Conoscenza (Biblioteca e Documentazione): Biblioteca - Ufficio Acquisizioni e Visioni | | | | | | | |
| Supporto alla Ricerca | 1_1 | Ordinativi diretti per acquisizione basi dati e Norme Tecniche | Dirigente Tecnologo | 1_1_1 | richiesta preventivi | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_1_2 | richiesta eleggibilità spesa | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_1_3 | redazione relazione tecnica | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_1_4 | verifica preventivi | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_1_5 | compilazione modulo SCI | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_1_6 | verifica conformità merci alle previsioni contrattuali | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_1_7 | | | |
| | 1_2 | Inventariazione periodici e monografie pervenute in scambio/omaggio | Cter IV° Liv. | 1_2_1 | controllo se pubblicazione posseduta | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_2_2 | verifica prezzo | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_2_3 | apposizione inventario | Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_2_4 | invio in catalogazione | Cter IV° Liv. | |
| | 1_3 | Contratto per la fornitura di materiale librario a carattere scientifico pubblicato in Italia e all'estero | Dirigente Tecnologo | 1_3_1 | redazione norme tecniche | Dirigente Tecnologo -2 Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_3_2 | valutazione richieste dai dipartimenti | 2 Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_3_3 | revisione titoli in continuazione | 2 Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_3_4 | invio ordini al fornitore | 2 Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_3_5 | ricevimento materiale e fatture, controllo ed inserimento dati su data base | 2 Cter IV° Liv. | |
| | | | | 1_3_6 | inventariazione volumi | 2 Cter IV° Liv. | |
| 1_3_7 | | | | trasmissione regolare esecuzione a Uff. III | 2 Cter IV° Liv. | | |

| STRUTTURA: Servizio Conoscenza -Biblioteca - Ufficio Prestiti | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------|---------------------|-------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Supporto alla ricerca | 1_1 | Fornitura documenti utenti esterni | Dirigente Tecnologo | 1_1_1 | Ricezione richiesta | CTER V° -CAER V° |
| | | | | 1_1_2 | Fotocopia o scarico del documento elettronico | CTER -OPTER VIII° |
| | | | | 1_1_3 | Pagamento da parte dell'utente | CTER V° -CAER V° |
| | | | | 1_1_4 | Fatturazione | CTER V° -CAER V° |
| | | | | 1_1_5 | Inoltro all'utente del documento | CTER V° -CAER V° |
| | 1_2 | Fornitura documenti utenti interni | Dirigente Tecnologo | 1_2_1 | Ricezione richiesta | CTER IV° -OPTER VIII° |
| | | | | 1_2_2 | Fotocopia o scarico del documento elettronico | CTER IV° -OPTER VIII° |
| | | | | 1_2_3 | Inoltro all'utente del documento | CTER IV° |
| | 1_3 | Assistenza agli utenti per ricerche bibliografiche | Dirigente Tecnologo | 1_3_1 | Ricezione richiesta | 2 CTER IV° - 2 CTER V° - 2 CAER V° |
| | | | | 1_3_2 | Individuazione documento attraverso ricerca bibliografica | 2 CTER IV° - 2 CTER V° - 2 CAER V° |
| | | | | 1_3_3 | Messa a disposizione del documento | 2 CTER IV° - 2 CTER V° - 2 CAER V° |
| | 1_4 | Gestione prestiti di pubblicazioni per personale interno | Dirigente Tecnologo | 1_4_1 | Ricezione richiesta | CAER V° |
| | | | | 1_4_2 | Individuazione documento | CAER V° |
| | | | | 1_4_3 | Registrazione prestito | CAER V° |
| | | | | 1_4_4 | Inoltro sollecito per restituzione pubblicazione | CAER V° |
| | 1_5 | Gestione magazzini librari | Dirigente Tecnologo | 1_5_1 | Ricezione richiesta | CTER VI° -CAER VI° - OPTER VIII° |
| | | | | 1_5_2 | Individuazione documento | CTER VI° -CAER VI° - OPTER VIII° |
| | | | | 1_5_3 | Consegna documento | CTER V° -CAER V° - OPTER VIII° |
| | | | | 1_5_4 | Ricollocazione documento | CTER VI° -CAER VI° - OPTER VIII° |

| STRUTTURA: SERVIZIO CONOSCENZA: BIBLIOTECA - UFFICIO VALUTAZIONE | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------|-------------|-------|------------------------------------------------------------|---------------|
| SUPPORTO ALLA RICERCA | 1_1 | VALUTAZIONE BIBLIOMETRICA | 1 TECNOLOGO | 1_1_1 | Contatti con i ricercatori | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_2 | Controllo pubblicazioni | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_3 | Controllo H-Index su più Basi Dati | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_4 | Controllo bibliometrico dell'ISS da diversi punti di vista | 1 I TECNOLOGO |
| | 1_2 | IDENTIFICATIVI UNIVOCI AUTORI ISS | 1 TECNOLOGO | 1_2_1 | Creazione Identificativi ResearcherID/Publons | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_2 | manutenzione profili WoS | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_3 | Consulenza creazione identificativi diversi | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_4 | Correzione errori sui profili | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_5 | addestramento individuale | 1 I TECNOLOGO |
| | 1_3 | SUPPORTO COMPILAZIONE BANDI DI RICERCA | 1 TECNOLOGO | 1_3_1 | Contatti con i ricercatori | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_3_2 | Scelta delle migliori pubblicazioni da inserire | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_3_3 | recupero H_Index da diverse piattaforme | 1 I TECNOLOGO |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|-------------|-------|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| RAPPORTI CON I RAPPRESENTANTI DEI DATABASE BIBLIOMETRICI | 1_1 | SOLUZIONI DI PROBLEMI PUBBLICAZIONI ISS | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Individuazione errori su pubblicazioni ISS indicizzate in databases | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_2 | Richiesta correzioni ai gestori /produttori databases | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_3 | Controllo avvenuta correzione | 1 I TECNOLOGO |
| | 1_2 | WORKSHOPS IN COLLABORAZIONE CON CIARIVATE ELSEVIER | I TECNOLOGO | 1_2_1 | Proposta e programma Workshop | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_2 | pubblicizzazione | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_3 | svolgimento workshop | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_4 | rilascio attestati | 1 I TECNOLOGO |
| | 1_3 | RENDICONTAZIONE E RICERCA | | 1_3_1 | Individuazione pubblicazioni ISS con IF | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_3_2 | Inserimento in PURE | 1 I TECNOLOGO |
| TASK FORCE HEALTH INEQUALITIES | 1_1 | RIUNIONI | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Partecipazione alle riunioni | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_2 | Proposte di lavoro | 1 I TECNOLOGO |
| | 1_2 | DOCUMENTAZIONE | I TECNOLOGO | 1_2_1 | Ricerca bibliografica, Individuazione pubblicazioni di settore | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_2_2 | Recupero Full-text | 1 I TECNOLOGO |

| STRUTTURA: Servizio Conoscenza: Biblioteca - Sez. Pubblicazioni in serie | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| | 1_1 | Contratto per la fornitura di abbonamenti a periodici scientifici | TECNOLOGO | 1_1_1 | Redazione norme tecniche | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | | | | 1_1_2 | Preparazione e invio al fornitore elenco titoli da sottoscrivere | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | | | | 1_1_3 | Esame fatture per controllo/inserimento su database | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | | | | 1_1_4 | Controllo arrivo materiale a stampa, sollecito fascicoli non pervenuti | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | | | | 1_1_5 | Verifica di conformità in corso di esecuzione Attribuzione inventari | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | | | | 1_1_6 | Revisione/disdetta titoli e/o nuovi abbonamenti | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | | | | 1_1_7 | Corrispondenza con uffici amministrativi | Funzionario di Amministrazione IV - CTER IV |
| | 1_2 | Gestione abbonamenti a periodici a stampa in acquisto | TECNOLOGO | 1_2_1 | Apertura abbonamenti su database gestionale (Sebina) | Funzionario di Amministrazione IV |
| | | | | 1_2_2 | Registrazione fascicoli correnti | Funzionario di Amministrazione IV |
| | | | | 1_2_3 | Controllo/gestione liste | Funzionario di Amministrazione IV |
| | 1_3 | Gestione periodici a stampa in scambio e dono | TECNOLOGO | 1_3_1 | Apertura abbonamenti su database gestionale (Sebina) | CTER V |
| | | | | 1_3_2 | Registrazione fascicoli in arrivo corrente | CTER V |
| | | | | 1_3_3 | Sollecito fascicoli non pervenuti | CTER V |
| | | | | 1_3_4 | Corrispondenza con editori | CTER V |
| | 1_4 | Gestione periodici in formato elettronico (acquisto, scambio, dono) | TECNOLOGO | 1_4_1 | Gestione catalogo dei periodici elettronici | CTER IV |
| | | | | 1_4_2 | Verifica/controllo attivazioni online | CTER IV |
| | | | | 1_4_3 | Manutenzione catalogo | CTER IV |
| | | | | 1_4_4 | Corrispondenza con editori/provider/fornitori/utenti | CTER IV |



| STRUTTURA: SERVIZIO CONOSCENZA- DOCUMENTAZIONE | | | | | | | |
|------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------|
| Supporto alla ricerca | 1_1 | Ricerche bibliografiche | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Contatti con ricercatori | 1 I TECNOL. 4 CTER | |
| | | | | 1_1_2 | Elaborazione strategie di ricerca | 1 I TECNOL. 4 CTER | |
| | | | | 1_1_3 | Esecuzione delle ricerche su database specializzati | 4 CTER | |
| | 1_2 | Servizio fornitura documenti non reperibili in biblioteche Italiane | I TECNOLOGO | 1_2_1 | Ricerca online del documento presso la NLM | 1 CTER 1 OPTER | |
| | | | | 1_2_2 | Richiesta online del documento alla NLM | 1 CTER 1 OPTER | |
| | | | | 1_2_3 | Ricezione e invio del documento al richiedente | 1 CTER 1 OPTER | |
| | 1_3 | Ricerche per linee guida/revisioni sistematiche | I TECNOLOGO | 1_3_1 | Partecipazione a riunioni dei panel | 1 I TECNOL. 3 CTER | |
| | | | | 1_3_2 | Elaborazione strategie di ricerca | 1 I TECNOL. 3 CTER | |
| | | | | 1_3_3 | Esecuzioni ricerche | 3 CTER | |
| | | | | 1_3_4 | Recupero documento originale | 1 CTER 1 OPTER | |
| | Servizi a terzi | 1_1 | Servizio fornitura documenti non reperibili in Italia per istituzioni SSN, IRCCS, Università. | I TECNOLOGO | 1_2_1 | Ricerca online del documento presso la NLM | 1 CTER 1 OPTER |
| | | | | | 1_2_2 | Richiesta online del documento alla NLM | 1 CTER 1 OPTER |
| 1_2_3 | | | | | Ricezione e invio del documento al richiedente | 1 CTER 1 OPTER | |
| 1_2 | | Ricerche bibliografiche | I TECNOLOGO | 1_3_1 | Elaborazione del preventivo a seguito di richiesta | 4 CTER | |
| | | | | 1_3_2 | Elaborazione della strategia | 4 CTER | |
| | | | | 1_3_3 | Esecuzione della ricerca su database scientifici | 4 CTER | |
| 1_3 | | Vendita traduzione MeSH | I TECNOLOGO | 1_4_1 | Contatti con istituzioni ed elaborazione preventivo | 1 OPTER | |
| | | | | 1_4_2 | Emissione fattura | 1 OPTER | |
| | | | | 1_4_3 | Download dei dati | 1 CTER | |



| | | | | | | |
|-----------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------|-------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| | 1_1 | Traduzione italiana dei MeSH | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Ricerca della terminologia biomedica | 1 I TECNOL. 1 CTER |
| | | | | 1_1_2 | Traduzione e aggiornamento annuale | 1 I TECNOL. 1 CTER |
| | | | | 1_1_3 | Aggiornamento traduzione dei sinonimi | 1 I TECNOL. 1 CTER |
| | | | | 1_1_4 | Rapporti collaborazione con la NLM e UMLS | 1 I TECNOL. 1 CTER |
| Sistemi Organizzazione della conoscenza (KOS) | 1_2 | Sistema Informativo per la Bioetica in Linea (SIBIL) | I TECNOLOGO | 1_2_1 | Reperimento, catalogazione e indicizzazione della documentazione italiana | 1 CTER 2 OPTER |
| | | | | 1_2_2 | Studio terminologia bioetica | 1 I TECNOL. 1 CTER |
| | | | | 1_2_3 | Inserimento terminologia nel Thesaurus | 1 OPTER |
| Informazione al cittadino | 1_1 | Portale della Conoscenza (PDC) | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Partecipazione a riunioni del comitato di redazione | 1 I TECNOL. 2 CTER |
| | | | | 1_1_2 | Redazione dei contributi | 1 I TECNOL. 2 CTER |
| | | | | 1_1_3 | Partecipazioni a riunioni gruppo SEO | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_4 | Indicizzazione dei contributi | 1 I TECNOLOGO |
| Formazione | 1_1 | Corsi ECM residenziali e corsi FAD | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Contatti con il Servizio Formazione | 1 CTER |
| | | | | 1_1_2 | Elaborazione documentazione per autorizzazione | 1 CTER 1 OPTER |
| | | | | 1_1_3 | Preparazione delle lezioni/esercitazioni | 1 TECNOL. 4 CTER |
| | | | | 1_1_4 | Svolgimento corso | 1 TECNOL. 4 CTER 4 OPTER |
| | | | | 1_1_5 | Chiusura corso | 2 CTER 1 OPTER |
| Attività internazionale | 1_1 | Collaborazioni | I TECNOLOGO | 1_1_1 | Collaborazione con la NLM | 1 I TECNOLOGO 2 CTER |
| | | | | 1_1_2 | Presidenza EAHIL | 1 I TECNOLOGO |
| | | | | 1_1_3 | Partecipazione a progetti di ricerca e partenariati europei | 1 I TECNOLOGO 4 CTER |

Servizio Comunicazione Scientifica

| STRUTTURA: Servizio Comunicazione Scientifica (Pre-COS) | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
| 1. Redazioni scientifiche | 1_1 | Attività redazionale finalizzata alla produzione della rivista scientifica trimestrale in lingua inglese Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, peer reviewed | Responsabile della Struttura | 1_1_1 | Processo editoriale inclusivo di peer review | Ricercatore |
| | | | | 1_1_2 | Revisione redazionale, impaginazione e grafica | Ricercatore |
| | | | | 1_1_3 | Impaginazione e grafica | Ricercatore |
| | 1_2 | Attività redazionale finalizzata alla produzione dei volumi della serie Rapporti ISTISAN | Responsabile della Struttura | 1_1_1 | Processo editoriale inclusivo di redazione, impaginazione e grafica | Collaboratore |
| | 1_3 | Attività redazionale finalizzata alla produzione del Notiziario ISS, mensile, con peer review interno | Responsabile della Struttura | 1_3_1 | Processo editoriale inclusivo di peer review interna, redazione, impaginazione e grafica | Collaboratore |
| 1_4 | Attività redazionale finalizzata alla produzione dei volumi della serie ISTISAN Congressi | Responsabile della Struttura | 1_4_1 | Processo editoriale inclusivo di redazione e impaginazione | Collaboratore | |
| 1_5 | Attività redazionale finalizzata alla produzione di Monografie | Responsabile della Struttura | 1_5_1 | Processo editoriale inclusivo di redazione, impaginazione e grafica | Collaboratore | |
| 2. Divulgazione scientifica | 1_1 | Gestione del Museo ISS | Responsabile della Struttura | 1_2_1 | Segreteria del museo inclusivo della gestione delle prenotazioni e biglietteria | Operatore |
| | | | | 1_2_2 | Revisione del Contenuto Scientifico | Operatore |
| | | | | 1_2_3 | Presentazione del Museo ai visitatori (Guide) | Gruppo di Guide del Cos e di altre strutture ISS |
| | 1_2 | Attività per le scuole | Responsabile della Struttura | 1_2_1 | Percorsi di orientamento ex alternanza scuola lavoro | Gruppo COS e personale afferente ad altre strutture ISS |
| | | | | 1_2_2 | Produzione di materiale di comunicazione | Collaboratore |
| | 1_3 | Organizzazione di grandi eventi di divulgazione scientifica (es. Notte dei) | Responsabile della Struttura | 1_3_1 | Progettazione della strategia comunicativa | Gruppo COS e altre strutture ISS |
| | | | | 1_3_2 | Produzione del Materiale di comunicazione | Collaboratori |
| 1_4 | Gestione del Portale ISSalute in collaborazione con altre strutture ISS | Responsabile della Struttura | 1_1_1 | Attività redazionale | Collaboratori | |
| 3. Archivi digitali | 1_1 | Gestione e sviluppo dell'archivio digitale delle pubblicazioni ISS | Responsabile della Struttura | 1_1_2 | Area servizi al cittadino | Collaboratori |
| | | | | 1_1_1 | Verifica e integrazione dei dati | 1° tecnologo e altre strutture |
| | 1_2 | Gestione e sviluppo dell'Archivio delle Fotografie storiche, degli strumenti scientifici e dei beni artistici di proprietà ISS | Responsabile della Struttura | 1_2_1 | Scansione del Materiale | Collaboratore |
| | | | | 1_2_2 | Catalogazione del Materiale | 1° tecnologo e altre strutture |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 4. Progetti nazionali, europei e internazionali | 1_1 | Attività di formazione nell'ambito del progetto CASA (Etiopia) | Responsabile della Struttura | 1_1_1 | Progettazione e implementazione del Programma di training in comunicazione scientifica | Direttore della Struttura con il Centro per la Salute Globale |
| | 1_2 | Attività di disseminazione nell'ambito di JAHEE (Joint Action Health Equity Europe) | Responsabile della Struttura | 1_2_1 | Sviluppo e implementazione del WP 2 Dissemination in qualità di WP leader) | Direttore della Struttura |
| | 1_3 | Attività di comunicazione e disseminazione nell'ambito del Programma di contrasto alle Diseguaglianze di salute (SMT) | Responsabile della Struttura | 1_3_1 | Attività nell'ambito della struttura di Missione temporanea | Direttore della Struttura |
| | 1_4 | Progettazione e implementazione di attività di formazione anche a distanza | Responsabile della Struttura | 1_4_1 | Sviluppo e implementazione dei programmi di formazione residenziale e a distanza | Direttore della Struttura |
| 5. Supporto tecnico | 1_1 | Attività di stampa | Responsabile della Struttura | 1_1_1 | Gestione e funzionamento della tipografia ISS a supporto delle attività del COS e di tutte le strutture ISS | Operatore |
| | 1_2 | Produzione di materiale grafico | Responsabile della Struttura | 1_2_1 | Sviluppo di progetti grafici a supporto del COS e di tutte le strutture ISS | Collaboratore |
| | 1_3 | Realizzazione di Servizi fotografici | Responsabile della Struttura | 1_3_1 | Realizzazione di servizi fotografici a supporto del COS e di tutte le strutture ISS | Collaboratore |
| | 1_4 | Produzione video | Responsabile della Struttura | 1_4_1 | Realizzazione di video e riprese video a supporto del COS e di tutte le strutture ISS | Operatore |
| 6. Segreteria | 1_1 | Gestione degli acquisti | Responsabile della Struttura | 1.1.1. | Gestione degli acquisti secondo il fabbisogno della struttura | Collaboratore |
| | 1_2 | Gestione delle presenze | Responsabile della | 1.2.1 | Gestione delle presenze | Collaboratore |

Unità di Bioetica

| STRUTTURA: Unità di Bioetica | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|--|
| Area di attività | N. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | N. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase | |
| Emissione pareri CE ISS sull'accettabilità etica dei progetti di ricerca | 1_1 | I pareri sono elaborati dai componenti del CE durante la seduta plenaria, in seguito alla presentazione e discussione del progetto, secondo le regole descritte nel Regolamento del Comitato Etico | Presidente del CE*, con il supporto della Segreteria Scientifica * il Presidente del CE è il Responsabile dell'Unità di Bioetica | 1_1_1 | presentazione progetto | Componente CE relatore del progetto | |
| | | | | 1_1_2 | discussione progetto | Tutti i componenti CE | |
| | | | | 1_1_3 | emissione parere | Presidente CE* sentiti tutti i componenti | |
| | | | | 1_1_4 | redazione e verbalizzazione parere | Segreteria scientifica | |
| | 1_2 | Valutazione ed approvazione di emendamenti di progetti per cui è già stato espresso un parere | Presidente del CE*, con il supporto della Segreteria Scientifica | 1_2_1 | presentazione e descrizione emendamento | Presidente CE* sentiti tutti i componenti | |
| | | | | 1_2_2 | discussione emendamento | Tutti i componenti CE | |
| | | | | 1_2_3 | emissione parere | Presidente CE* sentiti tutti i componenti | |
| | | | | 1_1_4 | redazione e verbalizzazione parere | Segreteria scientifica | |
| | 1_3 | Referente del Comitato Etico dell'ISS presso l'office for Human Resrarch Protection (OHRP) statunitense | Responsabile dell'Unità di Bioetica | 1_3_1 | | | |
| | Audizioni in Parlamento (Camera e Senato) | 2_1 | Il processo è finalizzato alla discussione di disegni di legge | Responsabile dell'Unità di Bioetica | 2_1_1 | | |
| | | | | | 2_1_2 | | |
| | | | | | 2_1_3 | | |
| Vice Presidenza del Centro di Coordinamento dei Comitati Etici Territoriali per la Sperimentazione Clinica dei Medicinali | 3_1 | Emissione di documenti di indirizzo | Responsabile dell'Unità di Bioetica | 3_1_1 | | | |
| | | | | 3_1_2 | | | |
| | | | | 3_1_3 | | | |
| | | | | | | | |
| Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica come rappresentante dell'ISS | 4_1 | Emissione di pareri su problematiche etiche generali di interesse nazionale | Responsabile dell'Unità di Bioetica | 4_1_1 | | | |
| | | | | 4_1_2 | | | |
| | | | | 4_1_3 | | | |
| | | | | | | | |
| Componente del Comitato Nazionale per la Tutela della Salute in Ambito Penitenziario e delle Misure Detentive | 5_1 | Emissione di pareri relativi alla tematica | Responsabile dell'Unità di Bioetica | 5_2_1 | | | |
| | | | | 1_2_2 | | | |
| | | | | 1_2_3 | | | |
| | | | | | | | |

Ufficio Stampa

STRUTTURA: Ufficio Stampa - PRESIDENZA

| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
|-------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Monitoraggio delle agenzie di stampa e della stampa on line | 1 | Monitoraggio e valutazione delle agenzie di stampa e della stampa on line | Responsabile di Struttura | 1_1 | Identificazione delle parole chiave da inserire nel motore di ricerca delle agenzie di stampa | Collaboratore |
| | | | | 1_2 | Monitoraggio continuo delle notizie pubblicate dalle agenzie e dalla stampa quelle on line | Collaboratore |
| | | | | 1_3 | Selezione e valutazione dell'argomento | Collaboratore |
| | | | | 1_4 | Selezione e valutazione dell'argomento | Collaboratore |
| Rassegna Stampa quotidiana | 2 | Redazione quotidiana della rassegna stampa | Responsabile di Struttura | 2_1 | Letture e analisi degli articoli presenti nella rassegna | Collaboratore |
| | | | | 2_2 | Selezione e inserimento degli articoli all'interno delle macro aree suddivise per argomenti e relative ai temi di salute pubblica | Collaboratore |
| | | | | 2_3 | Invio degli articoli selezionati agli organi direttivi | Collaboratore |
| | | | | 2_4 | Pubblicazione on line della rassegna | Collaboratore |
| Gestione delle interviste audio e video | 3 | Monitoraggio valutazione e gestione delle richieste di intervista | Responsabile di Struttura | 3_1 | Monitoraggio delle richieste di intervista rivolte agli organi direttivi e ai ricercatori ISS | Collaboratore |
| | | | | 3_2 | Selezione delle richieste pervenute sia attraverso canale telefonico che attraverso le mail | Collaboratore |
| | | | | 3_3 | Azione di collegamento tra gli esperti individuati e il giornalista richiedente | Collaboratore |
| Redazione dei comunicati stampa | 4 | | Responsabile di Struttura | 4_1 | Monitoraggio degli eventi, studi e indagini effettuati dai ricercatori dell'ISS | Tecnologo |
| | | | | 4_2 | Individuazione tra questi dei dati e degli argomenti che si ritiene opportuno debbano essere divulgati tramite comunicato stampa | Tecnologo |
| | | | | 4_3 | Redazione del testo del comunicato | Tecnologo |
| | | | | 4_4 | Predisposizione dell'email con allegato il testo del comunicato stampa da inviare ai giornalisti | Tecnologo |
| | | | | 4_5 | Invio dell'email e verifica dell'avvenuta ricezione | Tecnologo |
| | | | | 4_6 | Pubblicazione on line del comunicato sul sito Iss | Tecnologo |



| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---|--|---------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Redazione dei primi piani su sito web | 5 | | Responsabile di Struttura | 5_1 | Monitoraggio degli eventi, studi e indagini effettuati dai ricercatori dell'ISS | Tecnologo |
| | | | | 5_2 | Individuazione tra questi dei dati e degli argomenti che si ritiene opportuno debbano essere divulgati on line tramite primo piano sul sito dell'ISS | Tecnologo |
| | | | | 5_3 | Redazione del testo del primo piano | Tecnologo |
| | | | | 5_4 | Valutazione del testo su eventuale invio ai giornalisti e nel caso si ritenga opportuno l'invio Predisposizione dell'email con allegato il testo del primo piano da inviare ai giornalisti | Tecnologo |
| | | | | 5_5 | Invio dell'email e verifica dell'avvenuta ricezione | Tecnologo |
| | | | | 5_6 | Pubblicazione on line del comunicato sul sito Iss | Tecnologo |
| Organizzazione delle Conferenze Stampa e degli Eventi istituzionali | 6 | | Responsabile di Struttura | 6_1 | Valutazione del materiale da inserire in cartella stampa e da divulgare in conferenza stampa | Collaboratore |
| | | | | 6_2 | Raccolta dei prodotti testuali e del materiale da divulgare in conferenza | Collaboratore |
| | | | | 6_3 | Eventuale redazione del materiale e dei prodotti testuali da inserire in cartella e da divulgare in conferenza stampa | Collaboratore |
| | | | | 6_4 | Preparazione del testo di inviato alla conferenza stampa | Collaboratore |
| | | | | 6_5 | Predisposizione delle cartelle stampa | Collaboratore |
| | | | | 6_6 | Invio delle cartelle stampa | Collaboratore |



Servizio Relazioni Esterne e Centro Rapporti Internazionali

STRUTTURA: SRECR (Presidenza): Servizio Relazioni Esterne e Centro Rapporti Internazionali

| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
|-------------------|-------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Relazioni esterne | 1_1 | Partecipazione a eventi esterni | Responsabile di Struttura | 1_1_1 | Ricezione invito | Responsabile di struttura |
| | | | | 1_1_2 | Valutazione argomento | Responsabile di struttura |
| | | | | 1_1_3 | Selezione del componente interno partecipante | Responsabile di struttura |
| | | | | 1_1_4 | Costruzione budget | Collaboratore |
| | | | | 1_1_5 | Se necessario, attivazione missione (cfr. 2_2) | Collaboratore |
| | | | | 1_1_6 | Partecipazione all'evento | Partecipante |
| | | | | 1_1_7 | Relazione ex-post | Partecipante |
| | 1_2 | Organizzazione eventi | Responsabile di Struttura | 1_2_1 | Definizione del titolo e breve descrizione | Responsabile di struttura |
| | | | | 1_2_2 | Identificazione partecipanti | Responsabile di struttura |
| | | | | 1_2_3 | Costruzione budget e programma | Collaboratore |
| | | | | 1_2_4 | Prenotazione sala | Collaboratore |
| | | | | 1_2_5 | Invio invito | Collaboratore |
| | | | | 1_2_6 | Verifica conferme di partecipazione | Collaboratore |
| | | | | 1_2_7 | Acquisto servizi (viaggio, pernottamento, materiale per evento...) | Collaboratore |
| | | | | 1_2_8 | Gestione accrediti | Collaboratore |
| | | | | 1_2_9 | Realizzazione evento | Tutto il personale della Struttura |
| | | | | 1_2_10 | Comunicazione sui social | Collaboratore |
| | 1_3 | Missioni nazionali | Responsabile di Struttura | 1_3_1 | Richiesta autorizzazione missione | Collaboratore |
| | | | | 1_3_2 | Firma autorizzazione missione da responsabile scientifico e superiore gerarchico | Responsabile di struttura |
| 1_3_3 | | | | Acquisto servizi (viaggio, pernottamento...) | Collaboratore | |
| 1_3_4 | | | | Richiesta anticipo fondi | Collaboratore | |
| 1_3_5 | | | | Partecipazione alla missione | Soggetto selezionato dal responsabile di struttura | |
| 1_3_6 | | | | Relazione ex-post con allegate ricevute acquisto servizi (cfr. 1_2_4) | Soggetto selezionato dal responsabile di struttura | |

| | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Rapporti internazionali | 2_1 | Accordi internazionali | Responsabile di Struttura | 2_1_1 | Identificazione Paese e partner | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_1_2 | Redazione bozza accordo | Collaboratore |
| | | | | 2_1_3 | Trattativa con partner | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_1_4 | Valutazione economica | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_1_5 | Preparazione documentazione per CS e CDA ISS | Collaboratore |
| | | | | 2_1_6 | Approvazione CS e CDA ISS | CS e CDA |
| | | | | 2_1_7 | Se firma all'estero, preparazione missione (cfr. 2_2) ed eventuale delega dal Presidente | Collaboratore |
| | | | | 2_1_8 | Se firma in sede ISS (cfr. 2_3) | Collaboratore |
| | | | | 2_1_9 | Firma accordo | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_1_10 | Comunicazione sui social | Collaboratore |
| | 2_2 | Missioni internazionali | Responsabile di Struttura | 2_2_1 | Richiesta autorizzazione missione | Collaboratore |
| | | | | 2_2_2 | Firma autorizzazione missione da responsabile scientifico e superiore gerarchico | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_2_3 | Acquisto servizi (viaggio, pernottamento...) | Collaboratore |
| | | | | 2_2_4 | Richiesta anticipo fondi | Collaboratore |
| | | | | 2_2_5 | Partecipazione alla missione | Soggetto selezionato dal responsabile di struttura |
| | | | | 2_2_6 | Relazione ex-post con allegate ricevute acquisto servizi (cfr. 1_2_4) | Soggetto selezionato dal responsabile di struttura |
| | 2_3 | Accoglienza delegazioni straniere | Responsabile di Struttura | 2_3_1 | Invio lettera invito | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_3_2 | Conferma di partecipazione | Collaboratore |
| | | | | 2_3_3 | Identificazione della delegazione | Collaboratore |
| | | | | 2_3_4 | Definizione programma | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_3_5 | Prenotazione sale e coinvolgimento eventuali partner | Collaboratore |
| | | | | 2_3_6 | Realizzazione attività | Tutti |
| | | | | 2_3_7 | Relazione ex-post | Collaboratore |
| | | | | 2_3_8 | Comunicazione sui social | Collaboratore |
| | 2_4 | Organizzazione eventi | Responsabile di Struttura | 2_4_1 | Definizione del titolo e breve descrizione | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_4_2 | Identificazione partecipanti | Responsabile di struttura |
| | | | | 2_4_3 | Costruzione budget e programma | Collaboratore |
| | | | | 2_4_4 | Prenotazione sala | Collaboratore |
| | | | | 2_4_5 | Invio invito | Collaboratore |
| | | | | 2_4_6 | Verifica conferme di partecipazione | Collaboratore |
| 2_4_7 | | | | Acquisto servizi (viaggio, pernottamento, materiale per evento...) | Collaboratore | |
| 2_4_8 | | | | Gestione accrediti | Collaboratore | |
| 2_4_9 | | | | Realizzazione evento | Tutti | |
| 2_4_10 | | | | Comunicazione sui social | Collaboratore | |
| 2_5 | Gestione progetti | Responsabile di Struttura | 2_5_1 | Identificazione opportunità | Responsabile di struttura | |
| | | | 2_5_2 | Costruzione partenariato | Responsabile di struttura | |
| | | | 2_5_3 | Redazione progetto e budget | Collaboratore | |
| | | | 2_5_4 | Realizzazione attività | Tutti | |
| | | | 2_5_5 | Disseminazione | Collaboratore | |
| | | | 2_5_6 | Rendicontazione | Collaboratore | |

| STRUTTURA: DIREZIONE GENERALE - SERVIZIO PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|---------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Area di attività | n. processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
| Performance e controllo di gestione | 1_1 | Pianificazione, Misurazione e rendicontazione | referente servizio | 1_1_1 | Collaborazione nella programmazione obiettivi specifici dell'Ente | Personale afferente al servizio |
| | | | | 1_1_2 | Predisposizione Piano della Performance | Personale afferente al servizio |
| | | | | 1_1_3 | Scelta degli indicatori di misurazione della Performance | Personale afferente al servizio |
| | | | | 1_1_4 | Reporting (Redazione Relazione della Performance) | Personale afferente al servizio |
| | 1_2 | Valutazione della Performance | referente servizio | 1_2_1 | Predisposizione Sistema di Valutazione della Performance | Personale afferente al servizio |
| | | | | 1_2_2 | Valutazione dei dirigenti amministrativi | Personale afferente al servizio |
| | | | | 1_2_3 | Valutazione del personale dei livelli | Personale afferente al servizio |
| | 1_3 | Sistemi informativi per il controllo di gestione | referente servizio | 1_3_1 | Gestione di un sistema informatico per la contabilità analitica | Personale afferente al servizio |
| | | | | 1_3_2 | Gestione di un sistema informatico per il controllo di gestione | Personale afferente al servizio |

Servizio Sorveglianza e Controllo Accessi

| Area di attività | n. processo | Processo | Descrizione processo | Responsabile del processo | n. fase | Descrizione fase | Soggetto che svolge l'attività della fase |
|---------------------|-------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| SORVEGLIANZA DIURNA | 1_1 | CONTROLLO DEGLI STABILI E DEI BENI ISS | Servizio di Ronda dell'operatore al controllo Accessi | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_1_1 | Il Responsabile predispone dei turni di servizio | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_1_2 | l'operatore parte dalla propria portineria di assegnazione ed effettua dei giri negli stabili ISS ed aree comuni | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_1_3 | l'operatore nel giro di ronda rimane sempre in comunicazione via radio con la sala operativa | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 1_2 | GESTIONE PARCHEGGI | Controllo degli ingressi e della sosta di veicoli e motoveicoli nel comprensorio iss | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_2_1 | Il servizio di sorveglianza tramite l'utilizzo di un contamacchine elettronico gestisce il numero di ingressi consentiti nel parcheggio interno | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_2_2 | durante il giro di ronda l'operatore oltre agli stabili ha il compito di segnalare eventuali veicoli in divieto di sosta | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 1_3 | GESTIONE AREE CANTIERE | individuazione e delimitazione aree lavori nel comprensorio iss | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_3_1 | L'ufficio di Sorveglianza con l'indirizzo di posta controllo.accessi@iss.it gestisce eventuali richieste di delimitazione delle aree soggette a lavori | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_3_2 | l'operatore dopo la stampa della mail organizza materialmente la delimitazione dell'area | OPER. AL CONTR. ACCESSI |

| | | | | | | | |
|------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| SORVEGLIANZA DIURNA | 1_4 | CONTROLLO DEGLI STABILI DURANTE IL PRESIDIO DIURNO NELLE GIORNATE DI SABATO E FESTIVI CON COMPITI DI SORVEGLIANZA | Servizio di Ronda dell'operatore al controllo Accessi | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_4_1 | l'operatore in turno procede ad effettuare giri di controllo presso Ed. 1(compensorio A) piano per piano a scendere, compensorio B un giro di ronda nell'area circostante gli edifici, ed eventuali punti particolari sensibili. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_4_2 | alla fine del giro l'operatore tramite applicativo riservato alla Sorveglianza indica nelle note di servizio, eventuali anomalie riscontrate | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 1_5 | VISITE MUSEO | Accompagnament o e controllo degli ospiti diretti al Museo | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_5_1 | Il personale invisita viene segnalato dalla Segreteria del Museo sull'apposito indirizzo mail del Controllo accessi | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_5_2 | L'ingresso viene effettuato dalla portineria di regina elena 299, si controlla il personale della lista e si accompagna insieme ad un addetto del museo in entrata e in uscita. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 1_6 | CONGRESSI E CONVEGNI | Sorveglianza e Sicurezza prima durante e dopo l'evento | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_6_1 | Il personale del Servizio effettua un monitoraggio degli ingressi. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_6_2 | Materialmente si danno informazioni in merito ad eventi e convegni e si indica dove si effettua la registrazione. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 1_6_3 | Il personale del Servizio rimane in contatto con il servizio Aule. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 1_7 | EMERGENZE | gestione di situazioni legate ad eventi emergenziali | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 1_7_1 | Il personale addetto viene allertato via radio, dalla centrale operativa segnalando la tipologia di emergenza, con il conseguente intervento del personale autorizzato. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |

| | | | | | | | |
|----------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| PRESIDIO NOTTURNO | 2_1 | CONTROLLO DEL PERSONALE AUTORIZZATO ALL'ACCESSO ED ALLE USCITA DOPO LE ORE 20.00 | Controllo Autorizzazione e registrazione Entrata/Uscita su apposito applicativo | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 2_1_1 | Il personale notturno esegue controllo del personale autorizzato tramite un applicativo riservato alla sorveglianza (UONET) | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 2_1_2 | Nel caso di anomalie o mancanza di autorizzazioni, si segnala sull'apposito campo note. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 2_2 | CONTROLLO DEGLI STABILI E DEI BENI ISS | Servizio di Ronda dell'operatore al controllo Accessi | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 2_2_1 | I collaboratori del Presidio Notturmo eseguono due giri di ronda(in tutti i comprensori) stabiliti dal responsabile del servizio in base all'esigenza | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 2_2_2 | Gli operatori in servizio effettuano il giro almeno in due unità di personale. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 2_2_3 | gli operatori si tengono costantemente in contatto con la sala operativa | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 2_3 | GESTIONE DELLE CHIAMATE ESTERNE | presa in carico delle chiamate esterne in sostituzione Servizio Centralino | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 2_3_1 | Il personale notturno dà informazioni, ed eventuali contatti sulla richiesta che gli viene posta. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 2_3_2 | In caso di indisponibilità delle Info richieste si chiede di richiamare nella mattinata. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |



| | | | | | | | |
|-------------------|-----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| CONTROLLO ACCESSI | 3_1 | ACCESSO DITTE | Accettazione e registrazione Operai e Mezzi | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 3_1_1 | L'Uff. tecnico o il personale che riceve la ditta che svolgerà dei lavori in ISS, segnala al servizio sorveglianza la richiesta di accesso. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_1_2 | All'arrivo della Ditta si procederà al rilascio di un badge dopo accredito da parte del personale di ruolo che è responsabile della richiesta di accesso | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 3_2 | ACCESSO VISITATORI | Accettazione e registrazione personale in visita | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 3_2_1 | Il dipendente effettua l'accredito del Visitatore sul sistema Check&In | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_2_2 | L'operatore dopo aver visionato l'accredito, assegna un badge di portineria, con registrazione del documento. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_2_3 | Al termine della visita l'operatore ritira il badge precedentemente consegnato e restituisce il Documento personale. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 3_3 | GESTIONE INGRESSO PER EVENTI(CONVEGNI...) | Verifica nominativi e info | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 3_3_1 | Il personale fornisce indicazioni sulla segreteria di riferimento dell'evento. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_3_2 | l'operatore indica in caso di necessità il percorso corretto per raggiungere l'aula di riferimento. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 3_4 | CONTROLLO ACCESSI PERSONALE INTERNO | Controllo sul regolare accesso del personale ISS a vario titolo | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 3_4_1 | L'Operatore al Controllo Accessi vigila sulle corrette modalità di Ingresso/Uscita dei Dipendenti ISS | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_4_2 | l'operatore controlla attivamente l'utilizzo del badge personale. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_4_3 | In caso di anomalie del Badge personale l'operatore con il programma Check&In ha la possibilità di fornire al dipendente di ruolo un badge Temporaneo sostitutivo. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_4_4 | In caso di irregolarità, l'operatore segnala immediatamente l'anomalia al Responsabile del servizio | OPER. AL CONTR. ACCESSI |



| | | | | | | | |
|-------------------|-----|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| CONTROLLO ACCESSI | 3_5 | CONTROLLO DEL PERSONALE AUTORIZZATO ALL'ACCESSO SABATO E FESTIVI | Controllo Autorizzazione e registrazione Entrata/Uscita su apposito applicativo | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 3_5_1 | l'ingresso nelle giornate di sabato e festivi viene autorizzato tramite l'inserimento nel programma UONET, o in casi di emergenza tramite mail alla posta elettronica di CONTROLLO ACCESSI. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_5_2 | L'operatore verifica l'autorizzazione sull'applicativo riservato e procede con l'autorizzazione all'accesso. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_6_1 | Viene data assistenza e info, con conseguente trasferimento di chiamata al personale interessato. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | 3_6 | GESTIONE DELLE CHIAMATE ESTERNE | presa in carico delle chiamate esterne in sostituzione Servizio Centralino | RESPONSABILE DEL SERVIZIO | 3_6_2 | Questa operazione viene effettuata dopo che il Servizio centralino ha deviato le chiamate sul N° 2441 | OPER. AL CONTR. ACCESSI |
| | | | | | 3_6_3 | l'operatore in caso di necessità per mancanza di Info, contatta il Responsabile del Servizio. | OPER. AL CONTR. ACCESSI |

2.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

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

La valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- l’identificazione;
- l’analisi;
- il trattamento.

2.2.1 IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

Dopo aver adeguatamente analizzato e mappato i processi il passaggio successivo è stato, nel corso del 2019, l’individuazione, sulla base delle più ampie informazioni disponibili, degli eventi di natura corruttiva che avrebbero potuto verificarsi in relazione alle fasi dei processi.

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

In questa fase è stato necessario comprendere le cause cioè quelle circostanze che avrebbero potuto favorire il verificarsi dell’evento, analizzando nello specifico le modalità comportamentali e i fattori abilitanti che potessero permettere il verificarsi dei comportamenti illegittimi.

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

I risultati dell’analisi di individuazione del rischio sono riportati analiticamente nell’**ALLEGATO 1** al presente Piano.



2.2.2 ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO

Dopo aver effettuato la mappatura dei processi ed aver identificato gli eventi rischiosi si è proceduto con la valutazione del grado di rischiosità.

La consapevolezza della inidoneità, per la misurazione del rischio, dell'allegato 5 al PNA 2013 (che l'ANAC ha ritenuto modificabile, dopo una prima fase nella quale ne aveva consacrato la vincolatività) ha portato alla convinzione che una riformulazione dello stesso fosse una strada non solo perseguibile ma auspicabile.

L'Istituto si è dotato di un proprio strumento di misurazione che è stato dapprima testato con le Strutture e poi applicato alle stesse.

La realizzazione di un nuovo strumento ha costituito una vera e propria sfida vista la co-presenza nella medesima organizzazione di realtà con modalità operative così differenti. È stata necessaria l'elaborazione di uno strumento che fosse:

- sufficientemente flessibile da poter essere utilizzato sia dall'area scientifica che amministrativa;
- facile da utilizzare ma egualmente efficace;
- capace di evidenziare i rischi reali e concreti relativi ai processi in modo da poter elaborare misure di prevenzione efficaci e monitorabili.

Ciò ha consentito di individuare in via definitiva idonee misure di contenimento che permetteranno di pianificare strategie da mettere in pratica per la mitigazione del rischio.

2.2.2.1 LO STRUMENTO DI MISURAZIONE DELL'ISS

Innanzitutto si deve considerare che lo strumento di misurazione misura il valore del RISCHIO INERENTE E RISCHIO RESIDUO delle fasi e non dei processi.

Per RISCHIO INERENTE si intende il rischio prima dell'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli. Le due dimensioni del rischio inerente sono:

- a) Probabilità: eventualità che il rischio si verifichi
- b) Impatto: Conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio

Per RISCHIO RESIDUO si intende l'entità del rischio dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli.

Il nuovo strumento di misurazione, rispetto al precedente utilizzato doveva essere:

- facile da utilizzare ma egualmente efficace;
- capace di misurare correttamente i concreti rischi relativi ai processi in modo da poter elaborare misure di prevenzione efficaci e monitorabili;
- utilizzabile sia per l'area amministrativa che per l'area tecnico-scientifica.

Si è ritenuto di limitarsi a 3 indici per la probabilità e 3 indici per l'impatto. Questa scelta è stata dettata dal fatto che l'analisi dei processi, in particolar modo legati all'area scientifica, ha evidenziato che alcuni di essi si suddividono in un numero elevatissimo di fasi (circa 20).

Di seguito la presentazione dello strumento di misurazione del rischio comprensiva delle indicazioni per l'applicazione pratica dello stesso:

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

| MACROAREA | PROCESSO | n. fase | DESCRIZIONE FASE | PROBABILITA' | indicatori | IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1) | IMPATTO | valore | IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna o) vedi scala valori n. 2) | RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna J) ed il valore dell'impatto (colonna o) vedi scala valori n. 2) |
|-----------|----------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 1 | In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B M A | B M A | | Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B M A | | |
| | | 2 | In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B M A | B M A | | Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B M A | | |
| | | 3 | In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B M A | B M A | | Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B M A | | |
| | | 4 | In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B M A | B M A | | Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B M A | | |
| | | ... | In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B M A | B M A | | Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B M A | | |

Applicazione pratica dello strumento:

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

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

Sono stati individuati 3 descrittori/domande per valutare **le probabilità** relativamente ai seguenti fattori:

- Discrezionalità/Potere
In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?
- Rilevanza esterna
Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?
- Complessità processo
Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?

Sono state individuati 3 descrittori/domande per valutare **l'impatto** relativamente ai seguenti fattori:

- Impatto reputazionale
Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?
- Impatto economico
Come valuti l'impatto economico della fase?
- Impatto organizzativo
A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ'

| MACROAREA | PROCESSO | n. fase | DESCRIZIONE FASE | PROBABILITA' | indicatori | IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1) | IMPATTO | valore | IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1) | RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna 1) e il valore dell'impatto (colonna 2) vedi scala valori n. 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | | 1 | <p>In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale?</p> <p>Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase?</p> <p>Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte?</p> | | <table border="1"> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> </table> | B | M | A | B | M | A | B | M | A | | <p>Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS?</p> <p>Come valuti l'impatto economico della fase?</p> <p>A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase?</p> | <table border="1"> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> <tr><td>B</td><td>M</td><td>A</td></tr> </table> | B | M | A | B | M | A | B | M | A | | |
| B | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In risposta ad ogni domanda sono state identificate tre variabili di tipo qualitativo e non più quantitativo:

- Alto
- Medio
- Basso

| STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------|---------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MACROAREA | PROCESSO | n. fase | DESCRIZIONE FASE | PROBABILITA' | indicatori | | | IL VALORE DELLA PROBABILITA' è dato dalla relazione tra gli indicatori di probabilità (vedi scala valori n. 1) | IMPATTO | valore | | | IL VALORE DELL'IMPATTO è dato dalla relazione tra gli indicatori di impatto (vedi scala valori n. 1) | RISCHIO INERENTE (il rischio inerente è dato dalla relazione tra il valore della probabilità (colonna 1) ed il valore dell'impatto (colonna 3) vedi scala valori n. 2) |
| | | 1 | | In che misura il potere di una persona è in grado di influenzare questa fase del processo o in che misura questa fase è discrezionale? Come valuti il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valuti la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B | M | A | | Come valuti l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valuti l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B | M | A | | |

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

Di seguito la tabella:

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

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

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

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

Il risultato porterà a due valori, uno per la probabilità ed uno per l'impatto che saranno in rapporto tra loro secondo la seguente tabella da applicare

SCALA VALORI N.2 PER RISCHIO INERENTE

| Valore 1 | Valore 2 | Risultato |
|----------|----------|-----------|
| Alto | Basso | Medio |
| Alto | Medio | Alto |
| Alto | Alto | Alto |
| Medio | Basso | Medio |
| Medio | Medio | Medio |
| Medio | Alto | Alto |
| Basso | Basso | Basso |
| Basso | Medio | Medio |
| Basso | Alto | Medio |

STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

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

2.2.3. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri (ponderazione).

È la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli obiettivi.

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

Sulle fasi che, in seguito alla misurazione, è risultato un rischio inerente pari al valore ALTO o MEDIO sono state individuate le opportune misure di contenimento facilmente applicabili e monitorabili.

Successivamente all'applicazione delle misure di contenimento e dei relativi controlli sarà possibile, nel corso dell'anno 2020, attraverso lo stesso strumento di misurazione, stabilire il valore del RISCHIO RESIDUO.

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

2.2.3.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

L'individuazione e la progettazione delle misure deve essere realizzata tenendo conto alcuni aspetti fondamentali, tra i primi la distinzione tra misure generali e misure specifiche.

Come noto le misure obbligatorie incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione ed intervengono in senso trasversale sull'intera amministrazione. Sono indicate nel PNA e sono le seguenti:

- Trasparenza
- Formazione



- Codice di comportamento
 - Astensione in caso di conflitto di interessi
 - Whistleblowing
 - Rotazione del personale
 - Pantouflage
-

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

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

Solo in seguito al lavoro di individuazione del rischio all'interno delle fasi del processo ed alla successiva individuazione del livello di rischio attraverso l'applicazione pratica del nuovo strumento di misurazione di cui si è detto, è stato possibile individuare misure che fossero:

- Concretamente applicabili
- Monitorabili
- Non devono appesantire il processo

Le misure specifiche individuate dalle Strutture sono dettagliatamente rappresentate nell'**Allegato 1** al presente Piano.

2.2.3.2 PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente ed operativamente le misure di prevenzione della corruzione.

Nell'**ALLEGATO 1** al Piano sono rappresentati in maniera dettagliata i sistemi di monitoraggio delle misure, individuati dalle Strutture ISS, al fine di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione ed attuazione della strategia di prevenzione.

Nel corso del 2020, anche sulla base anche delle indicazioni contenute nel PNA 2019, è in programma, con il necessario supporto del Settore Informatico dell'ISS, la creazione di un database per il monitoraggio dell'applicazione e dell'idoneità delle misure di contenimento del rischio. Il database conterrà le informazioni esplicitate nella tabella seguente.

- fasi (e/o modalità) di attuazione della misura. Laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei vari soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi. La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenziata nel tempo. Ciò consente ai soggetti che sono chiamati ad attuarle, così come ai soggetti chiamati a verificarne l'effettiva adozione (in fase di monitoraggio), di programmare e svolgere efficacemente tali azioni nei tempi previsti;
- responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi, al fine di evitare fraintendimenti sulle azioni da compiere per la messa in atto della strategia di prevenzione della corruzione;
- indicatori di monitoraggio e valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

Gli indicatori di monitoraggio potranno essere di semplice verifica di attuazione *on/off* (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. *audit* o *check list* volte a verificare la qualità di determinate misure) come da indicazioni contenute nella tabella seguente (PNA 2019)

| Tipologia di misura | Esempi di indicatori |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| misure di controllo | numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc |
| misure di trasparenza | presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione |
| misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; | numero di incontri o comunicazioni effettuate |
| misure di regolamentazione | verifica adozione di un determinato regolamento/procedura |
| misure di semplificazione | presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi |
| misure di formazione | numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso) |
| misure di sensibilizzazione e partecipazione | numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti |
| misure di rotazione | numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale |
| misure di segnalazione e protezione | presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti |
| misure di disciplina del conflitto di interessi | specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente |
| misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (<i>lobbies</i>). | presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le <i>lobbies</i> e strumenti di controllo |

2.2.3.3 MONITORAGGIO E RIESAME DEL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Il monitoraggio, attraverso il database di cui si è detto permetterà un primo livello di analisi in capo alla Struttura che è chiamata ad adottare la misura e può essere attuato in autovalutazione da parte dei Referenti.

Il secondo livello di analisi sarà svolto semestralmente dal RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto, che verificherà l'osservanza delle misure di prevenzione previste nel RPCT.

2.2.3.4 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

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

Nel corso dell'anno 2020 sono previste le seguenti azioni:

- Somministrazione a tutto il personale dell'ISS di un questionario sulla "percezione della corruzione".
- Organizzazione di Seminari/Tavoli di lavoro con i Referenti.



3. I SOGGETTI COINVOLTI

La disciplina vigente assegna al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, evidenziando anche un preciso dovere di collaborazione di tutti gli altri soggetti dell'amministrazione al fine di rendere efficace l'intero sistema di prevenzione.

E' previsto infatti che alla responsabilità dell'RPCT si affianchino quelle di tutti i soggetti che sono direttamente responsabili dell'attuazione delle misure.

Coerentemente con quanto indicato dall'ANAC i soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione dell'ISS sono rappresentati nello schema seguente:



A ciascuno competono compiti particolari e ben definiti, sinteticamente riportati come di seguito:

Organi di indirizzo politico – Presidente e Consiglio di Amministrazione:

- Valorizza, in sede di formulazione di obiettivi strategici, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruttivo;
- nomina il RPCT e crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia nello svolgimento della sua attività;
- assicura al RPCT un supporto concreto garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate al fine di garantire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione incentivando l'attuazione di percorsi formativi che coinvolgano l'intero personale;
- 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:

- predispone il PTPCT e lo sottopone all'Organo di Indirizzo Politico per la necessaria approvazione;
- 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 generale sui temi dell'etica e della legalità;
- verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano; ne propone la modifica quando sono accertate significative violazioni 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) e cura i rapporti con l'O.I.V. a cui trasmette la citata 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).
- Segnala all'OIV le "disfunzioni" inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Si occupa dei casi di riesame dell'accesso civico nei casi di diniego totale o parziale o di mancata risposta entro i termini;

I Referenti per la Prevenzione della Corruzione:

I Referenti per la Prevenzione della Corruzione sono individuati nelle persone dei Direttori di Dipartimento, Centro Nazionale, Servizio, Centro di Riferimento, Responsabile dell'Organismo Notificato, Dirigenti Amministrativi di II fascia e Responsabili delle Strutture di Supporto alla Presidenza e Direzione Generale.

Nella tabella sottostante, l'elenco dei **Referenti per la prevenzione della corruzione**:

| | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| PRESIDENZA | Prof. Silvio BRUSAFERRO |
| STRUTTURE A SUPPORTO DELLA PRESIDENZA | REFERENTI |
| Servizio Formazione | Dott. Alfonso MAZZACCARA |
| Servizio Conoscenza | Dott. Franco TONI |
| Servizio Comunicazione Scientifica | Dott.ssa Paola DE CASTRO |
| Servizio Relazioni Esterne e Centro Rapporti Internazionali | Dott. Luca ROSI |
| Unità di Bioetica | Dott. Carlo PETRINI |
| Ufficio Stampa | Dott.ssa Anna Mirella TARANTO |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| DIREZIONE GENERALE | Dott. Andrea PICCIOLI |
| UFFICI DIREZIONE GENERALE | REFERENTI |
| Ufficio Affari Istituzionali e Giuridici | Dott.ssa Claudia MASTROCOLA |
| Ufficio Logistica, Progettazioni e Manutenzioni | Dott. Giovanni CARABOTTA |
| STRUTTURE A SUPPORTO DELLA DIREZIONE GENERALE | REFERENTI |
| Servizio di Sorveglianza e Controllo Accessi | Sig. Marco CINQUE |
| Servizio di Prevenzione e Protezione dei Lavoratori | Dott. Eugenio SORRENTINO |
| Servizio di Informatica | Dott. Corrado DI BENEDETTO |
| Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione | Dott.ssa Patrizia TANCREDI |
| Struttura Stabile a Supporto dei RUP | In attesa di nomina |
| DIPARTIMENTI | REFERENTI |
| Dipartimento Ambiente e Salute | Dott. Riccardo CREBELLI |
| Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento | Dott. Graziano ONDER |
| Dipartimento Malattie Infettive | Dott. Giovanni REZZA |
| Dipartimento Neuroscienze | Prof. Maurizio POCCHIARI |
| Dipartimento Oncologia e Medicina Molecolare | Dott. Mauro BIFFONI |
| Dipartimento Sicurezza Alimentare, Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria | Dott. Umberto AGRIMI |
| CENTRI NAZIONALI | REFERENTI |
| Centro Nazionale Controllo e Valutazione dei Farmaci | Dott. Carlo PINI |
| Centro Nazionale Dipendenze e Doping | Dott.ssa Roberta PACIFICI |
| Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure | Dott. Primiano IANNONE |
| Centro Nazionale Health Technology Assessment | Dott. Marco MARCHETTI |
| Centro Nazionale Malattie Rare | Dott.ssa Domenica TARUSCIO |
| Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute | Dott.ssa Angela SPINELLI |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Centro Nazionale Protezione Radiazioni e Fisica Computazionale | Dott. Francesco BOCHICCHIO |
| Centro Nazionale Ricerca, Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci | Dott.ssa Patrizia POPOLI |
| Centro Nazionale Ricerca su HIV/AIDS | Dott.ssa Barbara ENSOLI |
| Centro Nazionale Salute Globale | Dott. Massimo SARGIACOMO |
| Centro Nazionale Sostanze Chimiche, Prodotti Cosmetici e Protezione del Consumatore | Dott.ssa Rosa DRAISCI |
| Centro Nazionale Sperimentazione e Benessere Animale | Dott. Rodolfo Nello LORENZINI |
| Centro Nazionale Tecnologie Innovative in Sanità Pubblica | Dott. Mauro GRIGIONI |
| Centro Nazionale Telemedicina e Nuove Tecnologie Assistenziali | Dott. Francesco GABBRIELLI |
| Centro Nazionale Sangue | Dott. Giancarlo LIUMBRUNO |
| Centro Nazionale Trapianti | Dott. Massimo CARDILLO |

| CENTRI DI RIFERIMENTO | REFERENTI |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Centro di Riferimento Medicina di Genere | Dott.ssa Alessandra CARE' |
| Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale | Dott.ssa Gemma CALAMANDREI |
| SERVIZI TECNICO-SCIENTIFICI | REFERENTI |
| Servizio Tecnico Scientifico di Coordinamento e Supporto alla Ricerca | Dott.ssa Luisa MINGHETTI |
| Servizio Tecnico Scientifico Grandi Strumentazioni e Core Facilities | Dott. Marco CRESCENZI |
| Servizio Tecnico Scientifico Grant Office e Trasferimento Tecnologico | Dott. Romano ARCIERI |
| Servizio Tecnico Scientifico di Statistica | Dott.ssa Giada MINELLI |
| Servizio Tecnico Scientifico Biologico | Dott.ssa Laura NICOLINI |
| ORGANISMO NOTIFICATO | REFERENTI |
| Organismo Notificato 0373 | Dott.ssa Roberta MARCOALDI |

| DIREZIONI CENTRALI | REFERENTI |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DRUE - Direzione Risorse Umane ed Economiche | Dott.ssa MARTOCCIA |
| DRAG - Affari Generali | Dott. Maurizio PASQUALI |
| UFFICI DRUE | REFERENTI |
| Ufficio I RUE - Bilancio, Ragioneria e Affari Fiscali, Trattamento Economico del Personale | Dott. Francesco BARNATO |
| Ufficio II RUE - Trattamento Giuridico del Personale a Tempo Indeterminato e Determinato e Relazioni Sindacali | Dott. Marco DES DORIDES |
| Ufficio III RUE - Reclutamento, Borse di Studio e Formazione | Dott. Stefano DI MATTEO |
| Ufficio IV RUE - Contratti | Dott. Alessandro VALENTE |
| Ufficio V RUE - Progetti e Convenzioni | Dott.ssa Rosa Maria Martocchia (<i>Interim</i>) |
| UFFICI DRAG | REFERENTI |
| Ufficio I AG - Affari Generali | Dott.ssa Giuliana ERAMO |
| Ufficio II AG - Contenzioso del Lavoro e Procedimenti Disciplinari. Applicazione Normativa Anticorruzione e Trasparenza | Dott. Antonio CALIENDO |

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

- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio coordinandosi opportunamente con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione dei dipendenti assegnati alla propria struttura sulla materia;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel presente PTPCT ed operare affinché vi siano le condizioni per l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;

- tener conto, in sede di valutazione della performance del reale contributo apportato dai propri dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

L'Organismo Indipendente di Valutazione:

L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Le funzioni già affidate agli OIV dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012. ha chiarito ed ampliato l'intervento dell'OIV nella strategia di 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;
- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art.54, co.5, d.lgs. 165/2001.
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di performance e gli obiettivi di trasparenza;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ai sensi dell'art.14, co.4, lett g) del d.lgs 150/2009, dell'art 44 del d.lgs 33/2013 e dell'art.1 co. 8-bis della legge 190/2012 gli OIV attestano l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

Il Collegio dei Revisori dei Conti:

Il Ruolo del CDR nel sistema di anticorruzione appare non secondario. Tale organismo infatti, all'interno di ciascuna amministrazione, e dunque anche presso l'ISS, presiede non solo ai controlli e verifiche sugli atti strettamente

Con Comunicato del Presidente ANAC del 21 novembre 2018, il termine è stato prorogato al 31 gennaio 2019



di natura “contabile-finanziaria” ma più in generale costituisce un ambito di verifica circa la correttezza dell’attività amministrativa.

In particolare, costante e proficuo è stato, durante l’anno 2019, il flusso di informazioni tra RPCT e CDR in tema di trasparenza e anticorruzione.

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 CDR su un set di dati da pubblicare sulla materia. E’ necessario, perciò, un costante flusso di informazioni.

Il RPCT relaziona periodicamente all’Organo sullo stato degli adempimenti

La Struttura di Supporto al RPCT:

Recependo le raccomandazioni del PNA (PNA) in data 22 maggio 2017 è stata istituita, senza oneri per l’ISS, la Struttura di Supporto al RPCT individuandone i membri nel personale già in forza presso la Direzione Centrale degli Affari Generali. La Struttura di Supporto ha operato efficacemente e se ne conferma la validità nel compito di supportare l’RPCT nell’espletamento delle sue mansioni.

Tutti i dipendenti dell’amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell’amministrazione:

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

Il Responsabile della Protezione dei Dati:

Il Regolamento (UE) 2016/679 (artt. 37-39) ha introdotto nelle Amministrazioni la figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD). Tale figura costituisce una figura di riferimento per l’RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano la protezione dei dati personali e trasparenza.

Il 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, la figura di RASA.

Il Responsabile del Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione:

Recependo le raccomandazioni del PNA il Responsabile del Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione assicura:

- coerenza tra Piano della *Performance* e PTPCT
- che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza.

4. IL COLLEGAMENTO TRA PTPCT E PIANO DELLA PERFORMANCE

Il PNA 2019 ribadisce come sia necessario, al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio corruttivo, che il PTPCT sia coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

In particolare si fa sempre più evidente il necessario collegamento tra PTPCT e Piano della *Performance*. Nei PTPCT infatti devono essere esplicitati i collegamenti fra misure di prevenzione della corruzione e obiettivi di *performance* organizzativi e individuali sottolineando in tal modo la rilevanza strategica dell'attività di prevenzione della corruzione e la necessità che le amministrazioni procedano all'inserimento delle attività poste in essere in attuazione della L. 190/2012 nella programmazione strategica operativa.

L'art. 41, c. 1, lett. h), del d.lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell'art. 1 della legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale l'OIV verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla *Performance*, che nella misurazione e valutazione delle *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Le amministrazioni sono tenute quindi ad includere nei Piani della Performance in qualità di obiettivi ed indicatori i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT.

Il PNA ed il D. Lgs. n. 75/17 definiscono anche la necessaria connessione fra obiettivi di *performance* e 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".

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 devono costituire obiettivi strategici ai quali assegnare un valore di cui tener conto nella valutazione annuale di raggiungimento della *performance*.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della *performance* organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della *performance* che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati.

Al fine di ottimizzare l'utilizzo dei dati in possesso dell'amministrazione si ritiene che il lavoro di analisi contenuto nell'**ALLEGATO 1** al presente Piano possa essere utilmente condiviso con il Responsabile del Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione.

5. INCONFERIBILITA' ED INCOMPATIBILITA'

Si è proseguito con la doverosa acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità, in attuazione di quanto disposto – tra l'altro – dal D.lgs n. 39/2013 e successive modifiche ed integrazioni.

Durante il periodo di vigenza del presente Piano, la richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità sarà accompagnata da un elenco degli incarichi con la indicazione delle eventuali condanne subite per reati commessi contro la pubblica amministrazione, e ciò anche in osservanza di quanto stabilito dall'ANAC con delibera 833 del 3 agosto 2016. Sarà cura del competente Ufficio Amministrativo richiedere ai dirigenti cui sono conferiti nuovi incarichi le prescritte dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e inconferibilità e l'elenco degli incarichi.

Le dichiarazioni citate saranno pubblicate nella sezione *Amministrazione trasparente*, sotto sezione "Personale" - "Dirigenti".

Il medesimo Ufficio provvederà, inoltre, a sollecitare i dirigenti affinché rinnovino ogni anno la dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità. Il Responsabile segnalerà all'Ufficio procedimenti disciplinari eventuali mancate dichiarazioni per l'avvio delle relative procedure sanzionatorie.

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



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

La l. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 aggiungendo ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, co. 5 e 7). Non possono essere conferiti o autorizzati incarichi in tutti i casi nei quali l'espletamento degli stessi possa ingenerare, anche in via solo ipotetica, situazione di conflittualità con interessi facenti capo all'amministrazione e, quindi, con le funzioni assegnate sia al singolo dipendente che alla struttura di appartenenza; ai fini dell'autorizzazione l'amministrazione dovrà verificare l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, fermo restando comunque l'obbligo per il dipendente, anche successivamente all'avvenuta autorizzazione dell'incarico, di astenersi dal concreto svolgimento dello stesso qualora venga a conoscenza di sopravvenute situazioni di eventuale conflitto di interesse.

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

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

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

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, quali attività liberamente esercitabili, anche con remunerazione

e per cui il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi pertanto non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione. Per tali incarichi rimane in capo al dipendente la valutazione degli eventuali profili di incompatibilità di fatto ed in particolare della sussistenza del conflitto anche potenziale di interesse.

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

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

Sono rilevabili aspetti critici che si ritiene individuare di seguito:

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

Altre criticità sono riconducibili a:

- ✓ richieste presentate a ridosso della data di avvio dell'incarico, in modo tale da non consentire ove necessario, l'espletamento degli approfondimenti istruttori prodromici al rilascio della preventiva autorizzazione. Si ricorda in proposito che la normativa vigente

- attribuisce all'amministrazione uno spazio temporale di trenta giorni per concedere l'autorizzazione;
- ✓ utilizzo per lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali di codici di assenza impropri (missione – servizio fuori sede);
 - ✓ mancata o ritardata comunicazione dei compensi percepiti, con conseguente difficoltà di rispetto dei tempi previsti per l'inserimento dei dati nel sistema informatico "PERLA PA".

L'Ufficio trattamento giuridico del personale e relazioni sindacali ha adottato una specifica 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.

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

In particolare, prima di accogliere la richiesta del dipendente:

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

Incarichi pregressi – dichiarazione e pubblicità (PNA 2019 - 2021)

Su suggerimento dell'ANAC, nel caso in cui il dipendente sia chiamato, in virtù di specifico incarico, atto di nomina o semplicemente in ragione del suo ruolo e/o della sua professionalità, a far parte di gruppi/tavoli di lavoro o ad

assumere incarichi concernenti la materia vaccinale, sarà indispensabile una specifica misura di trasparenza e pubblicità.

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

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

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

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

Monitoraggio degli incarichi

Nel corso dell'anno 2019 si è provveduto ad effettuare un monitoraggio degli incarichi conferiti al personale dell'ISS. Di seguito se ne illustra il dettaglio.

Il monitoraggio è stato effettuato sulla base dei dati presenti sul sito alla data del **17 giugno 2019** relativamente agli **incarichi dell'anno 2018**.

L'analisi è stata svolta analizzando tre diverse variabili:

- soggetto conferente l'incarico;
- soggetto (dipendente) percettore dell'incarico.
- valore economico dell'incarico;

Risultano registrati sul sito Perla PA **365 incarichi** conferiti nell'anno 2018 rispetto a n. 879 incarichi del 2017

SOGGETTO CONFERENTE

- **235** incarichi risultano conferiti direttamente dall'ISS;
- **60** sono conferiti da AIFA;
- **19** sono conferiti da Accredia.
- **6** sono conferiti da Università;
- **8** sono conferiti da MIUR;
- **5** sono conferiti da OMS;
- **32** sono conferiti da altri soggetti di cui 5 privati;

SOGGETTI PERCETTORI

Su un totale di **148 dipendenti** che hanno dichiarato incarichi:

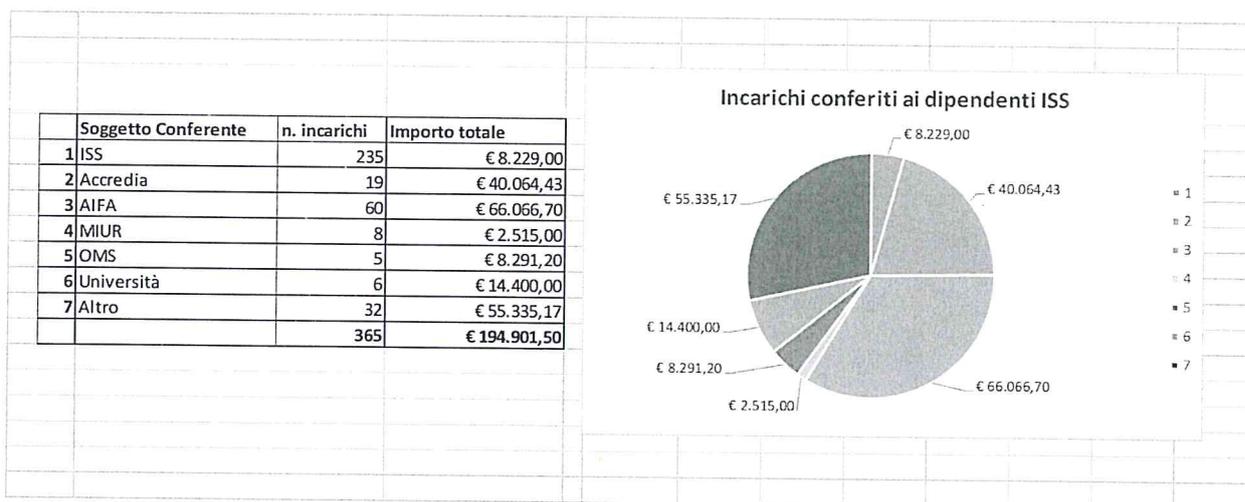
- n. 135 hanno dichiarato da 1 a 5 incarichi
- n. 11 hanno dichiarato da 6 a 10 incarichi
- n. 1 ha dichiarato da 15 a 30 incarichi
- n. 1 ha dichiarato oltre i 30 incarichi

L'oggetto dell'incarico più ricorrente è "COMMISSIONI" e numerosi incarichi hanno anche come oggetto "CONSULENZE TECNICHE"

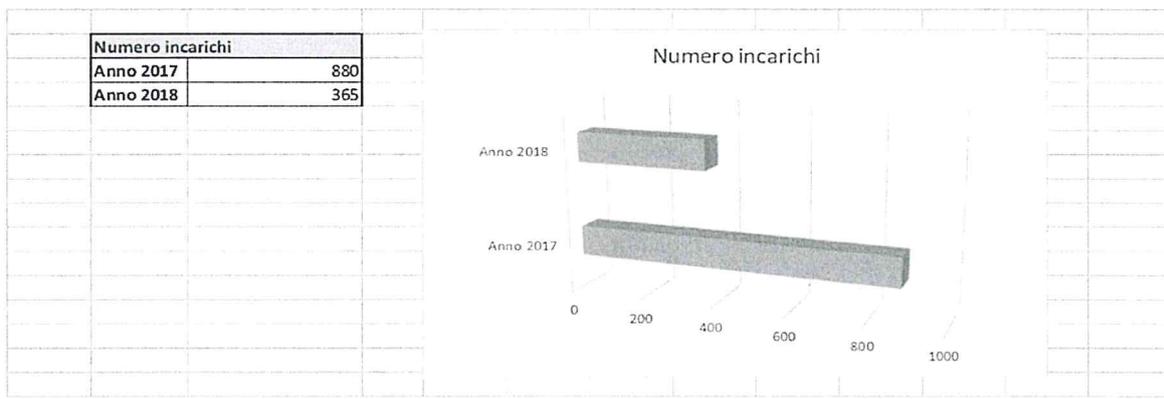
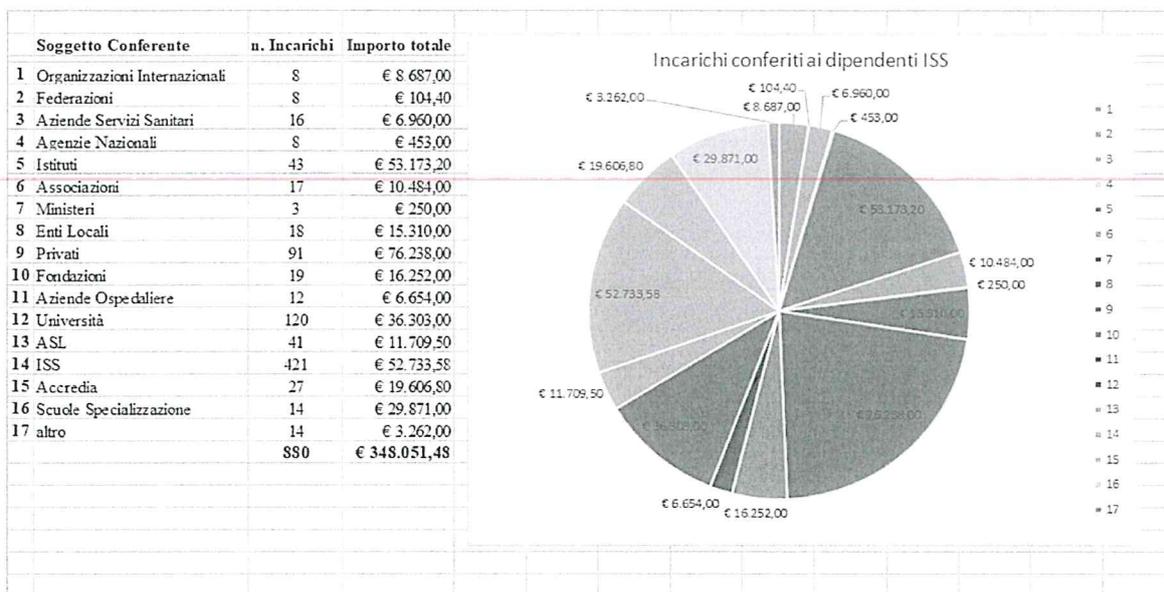
VALORE ECONOMICO

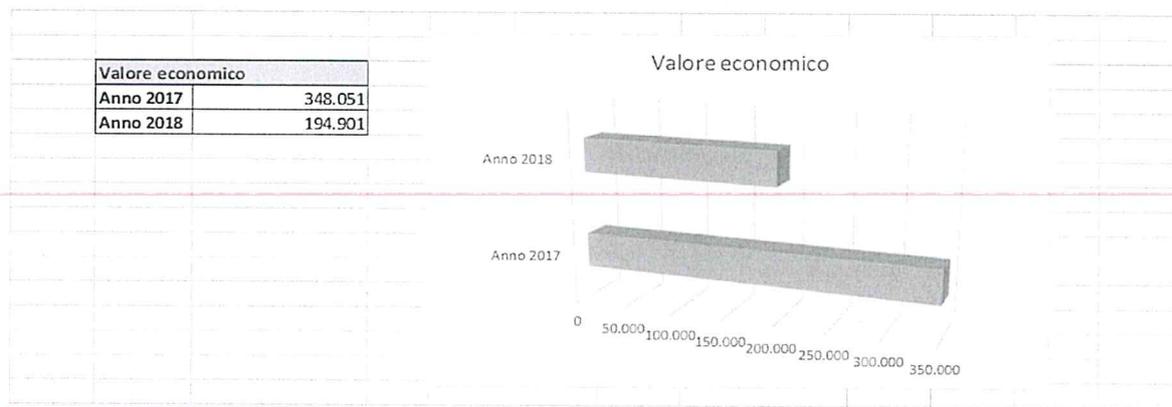
Il valore economico totale degli incarichi dichiarati è pari ad **Euro 194.901,47** rispetto ad Euro 348.051,48 registrati nel 2017.

Nel grafico di seguito illustrato è possibile esaminare la quantificazione economica degli incarichi suddivisi per tipologia di soggetto conferente.



I dati sono stati confrontati con quelli del monitoraggio effettuato nell'anno 2018 sugli incarichi dell'anno 2017:





7. SEGNALAZIONE DI VIOLAZIONE O IRREGOLARITA' COMMESSE AI DANNI DELL'INTERESSE PUBBLICO -C.D. WHISTLEBLOWING-

Con l'espressione *whistleblower* si fa riferimento al dipendente, ed a chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza.

Il *whistleblowing* è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower*.

Lo scopo principale del *whistleblowing* è quello di prevenire o risolvere un problema tempestivamente.

Il contesto normativo in cui si definisce il *Whistleblowing* è il seguente:

- **Il D.Lgs. 231/2001** recante "*Responsabilità amministrativa delle società e degli enti*" ha introdotto la responsabilità amministrativa per società, enti e organizzazioni, con o senza personalità giuridica. Per la prima volta nell'ordinamento italiano è prevista la responsabilità delle aziende per reati posti in essere da Amministratori, Dirigenti e/o Dipendenti nell'interesse o a vantaggio dell'azienda stessa. Tra i reati compresi nel Decreto i più significativi sono quelli ai danni della sicurezza dei lavoratori, dell'ambiente, societari (false comunicazioni sociali, indebita restituzione conferimenti), nei confronti della pubblica amministrazione (truffa e corruzione).
- L'art. 1, comma 51, della **legge 190/2012** (cd. legge anticorruzione) ha inserito un nuovo articolo, **il 54 bis 1, nell'ambito del D.lgs.**



165/2001, rubricato “*tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*”, in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come *whistleblowing*. che prevede:

1. *Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.*

2. *Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.*

3. *L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al DFP, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle OO.SS. maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.*

4. *La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 190, n.241, e successive modificazioni”.*

Scopo della norma è di favorire la segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti, fornendo ai denunciatori protezione contro possibili pregiudizi, atteso che il timore di ritorsioni potrebbe costituire un deterrente alla comunicazione di violazioni dell'integrità.

L'ANAC con **Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015** recante “*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. Whistleblower)*” ha definito gli ambiti di applicazione e le modalità di utilizzo dell'Istituto stesso. Le suddette Linee guida propongono fra l'altro 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 ed in via opzionale la creazione di un indirizzo di posta certificata allo scopo dedicata.



La **Legge n. 179 del 15 novembre 2017** recante “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*” ha modificato 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..

In conformità a quanto dettato dalla normativa vigente e nella consapevolezza dell’importanza dell’istituto del *whistleblowing* nell’ottica della prevenzione della corruzione è stato predisposto un “*regolamento per l’attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti, cd. whistleblower, dei soggetti terzi non dipendenti e degli anonimi, che segnalano illeciti e irregolarità (cd. whistleblowing)*” che è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione dell’Ente in data 19/12/2018.

Il regolamento contempla la possibilità – riservata al segnalante - di far uso, oltre ai tradizionali sistemi di invio delle segnalazioni, dell’uso di una “piattaforma” informatica.

A tale specifico proposito, si sono dovute risolvere, con il coinvolgimento del competente settore informatico dell’Ente, una serie di problematiche pratico-applicative, tenendo conto che:

- sulla falsariga di quanto fatto dall’ANAC con la relativa procedura informatica, è stato predisposto un apposito questionario, finalizzato ad acquisire un maggiore livello di dettaglio e di approfondimento della segnalazione;
- si è provveduto ad inserire nella piattaforma la possibilità di una adeguata “interlocuzione” tra il segnalante ed il RPCT.

La procedura informatica, che si affianca alla ricezione delle segnalazioni in via esclusivamente “cartacea” è ora disponibile nel sito istituzionale dell’Ente



(sezione “*amministrazione Trasparente*” sotto sezione “*altri contenuti*” – “*Prevenzione della corruzione*”)

Tale piattaforma prevede il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante utilizzando l'apposito applicativo disponibile nella sezione “*Amministrazione trasparente/altri contenuti*”, “*Prevenzione della corruzione*”.

Tramite suddetta procedura il personale dipendente dell'Istituto potrà accedere attraverso le proprie credenziali “di dominio” (indirizzo di posta elettronica e *password*).

La modalità informatica di gestione delle segnalazioni di illeciti e irregolarità, consente l'accesso anche attraverso la creazione di un account anonimo nell'apposita sezione “*Crea account*”.

È da rilevare che nel corso del 2019 non sono pervenute segnalazioni.

8. PANTOUFLAGE

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

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

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

Al fine di contenere il rischio sopra indicato sono previste le seguenti misure:

- inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di *pantouflage*;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al

rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;

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

Nel corso del 2019 si è proceduto alla verifica della applicazione da parte degli Uffici amministrativi competenti della previsione normativa. I dirigenti degli Uffici coinvolti hanno dato rassicurazioni circa l'applicazione della stessa.

Nel corso del 2020 il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza chiederà ai dirigenti responsabili delle attività di cui sopra un *report* sulla applicazione delle predette misure.

9. PATTI DI INTEGRITÀ

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

Tale strumento è espressamente previsto dall'art. 1, comma 17 della Legge 6 novembre 2012 n. 190 ed è finalizzato a rafforzare il perseguimento degli obiettivi di trasparenza e legalità.

Lo stesso è destinato ad operare nel settore dei contratti pubblici, anche in considerazione che l'affidamento di contratti di lavori, servizi e forniture continua ad essere uno dei più esposti sia ai tentativi di infiltrazione delle mafie, sia a possibili interferenze sulla corretta gestione delle procedure di gara nelle pubbliche amministrazioni.

10. LA ROTAZIONE DEL PERSONALE

La rotazione del personale è stata introdotta dall'art. 1, co. 5, lett. b) della L. 190/2012 come misura di prevenzione della corruzione, e prevede la

rotazione per i dirigenti e funzionari chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'RPCT secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della stessa legge è tenuto a verificarne l'effettiva attuazione.

Il PNA considera la rotazione del personale quale misura organizzativa preventiva finalizzata a *limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione*. L'alternanza, sempre secondo il PNA, riduce il rischio che un dipendente, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

La rotazione ordinaria

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

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

Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati, soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente

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

La misura della rotazione ordinaria in ISS

L'ISS, organo tecnico scientifico del SSN, come già evidenziato nella sezione relativa all'analisi del contesto interno, presenta delle caratteristiche



organizzative assolutamente peculiari, in particolar modo nelle attività relative all'area tecnico-scientifica.

I ricercatori e i tecnologi dell'ISS, a tutti i loro livelli, compresi evidentemente i Responsabili delle Strutture Scientifiche, sono figure professionali altamente specializzate nei settori di competenza ed in taluni casi trattasi di vere e proprie eccellenze sia nazionali che internazionali.

Analogo discorso va riservato al personale tecnico operante a supporto delle attività di ricerca.

Secondo quanto evidenziato nel PNA la rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità delle attività e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Stante quanto sopra esposto si ritiene che la rotazione del personale *tout court* nei settori scientifici possa rientrare nella fattispecie prevista dal PNA di "*cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche*".

Si ritiene tuttavia di poter adottare, nel caso del personale tecnico, delle misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi alla rotazione quali ad esempio la previsione di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza interna delle attività.

Altro discorso è da fare nei casi di categorie professionali omogenee quali ad esempio quelle operanti nell'area amministrativa.

Le attività amministrative dell'ISS, come già evidenziato, sono di supporto all'attività scientifica ed anche in questo caso la specializzazione degli operatori gioca un ruolo importante nel buon andamento e nella continuità dell'attività scientifica stessa.

È evidente che le professionalità amministrative rispetto a quelle scientifiche sono meno vincolanti nell'ottica della rotazione del personale, tuttavia rimane sempre da considerare la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.



Si ritiene che potrebbero essere previste dal dirigente amministrativo modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio promuovendo meccanismi di condivisione delle fasi procedurali.

Altro criterio che potrebbe essere adottato è l'attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze.

Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce.

Premesso quanto sopra la misura che l'RPCT consiglia di adottare ai dirigenti amministrativi nel corso del 2019 è la seguente:

- *Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio* Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. "funzionale", ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti. Ciò può avvenire, ad esempio, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie. Si applica anche ai funzionari che facciano parte di commissioni interne all'ufficio o all'Amministrazione.

La rotazione straordinaria

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

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

Rotazione del personale dirigenziale

È di recentissima approvazione la deliberazione n.6 allegata al Verbale n.34 della seduta del Consiglio di Amministrazione del 01.10.2019 con la quale si stabiliscono i principi generali per la nomina dei direttori di struttura e per la valutazione di un eventuale rinnovo.

11. LA FORMAZIONE

Tra le principali misure di prevenzione della corruzione rientra la formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti al rischio corruttivo. Il PNA 2019 stabilisce che: *“L’incremento della formazione dei dipendenti, l’innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza possono costituire obiettivi strategici che gli organi di indirizzo dell’amministrazione sono tenuti ad individuare quale contenuto necessario del PTPCT (cfr. Parte II, §4).”*

È compito dell’RPCT individuare i fabbisogni e le categorie di destinatari degli interventi formativi

Nel corso del triennio la formazione sarà strutturata su due livelli:

- uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all’aggiornamento delle competenze/comportamenti in materia di etica e della legalità;
- uno specifico, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’amministrazione. Dovrebbero, quindi, definirsi percorsi e iniziative formative differenziate, per contenuti e livello di approfondimento, in relazione ai diversi ruoli che i dipendenti svolgono;

L’ANAC nel PNA 2019 valuta positivamente un cambiamento radicale nella programmazione e attuazione della formazione, affinché sia sempre più orientata all’esame di casi concreti calati nel contesto delle diverse amministrazioni e favorisca la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti pubblici in materia di prevenzione della corruzione. L’Autorità auspica che, con la Scuola nazionale della pubblica



amministrazione e con le strutture pubbliche che rilevano fabbisogni formativi e programmano iniziative di formazione, possano svilupparsi progetti educativi improntati ai criteri sopraesposti.

In conformità a quanto sopra esposto già nel corso del 2019 l'Ufficio Formazione dell'ISS ha avviato contatti con la SNA per la predisposizione di una specifica convenzione con l'ISS. Nel corso del 2020 l'Ufficio Formazione si attiverà per rendere operativa detta Convenzione.

E' prevista, sempre per l'anno 2020, la realizzazione di un corso *e.learning* in materia di anticorruzione e trasparenza dedicato a tutto il personale ISS.

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

12. LA TRASPARENZA

La trasparenza, come noto, costituisce un'importante misura di prevenzione della corruzione e allo stesso tempo uno strumento di garanzia dei diritti essenziali dei cittadini e *«precondizione per rafforzare e ricostruire il rapporto di fiducia fra cittadini e poteri pubblici»*

Il D. Lgs n.33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016 impone alle amministrazioni specifici obblighi per la trasparenza attraverso la pubblicazione di atti e documenti sul sito istituzionale.

denominazione, le pertinenti sezioni del sito, di *“Amministrazione Trasparente”*.

Si è proseguito – pertanto - con il doveroso “popolamento” delle sezioni del sito che compongono la sezione *“amministrazione trasparente”*, in conformità con quanto stabilito dal D.lgs. n. 33/2013.

In attuazione della Delibera n. 141 del 27/02/2019 dell'ANAC l'Organismo Indipendente di Valutazione, attraverso la griglia di rilevazione predisposta dalla stessa ANAC, ha proceduto ad una verifica circa la completezza dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria sul sito web www.iss.it sezione Amministrazione Trasparente.

La verifica è iniziata il 29.03.2019 e terminata il 26.04.2019 ed ha riguardato nello specifico:



- Esame della documentazione e delle banche dati relative ai dati oggetto di attestazione;
- Verifica sul sito istituzionale, attraverso i supporti informatici, effettuata dai membri dell'OIV;
- Esame congiunto per l'attribuzione dei punteggi;

In seguito a tale verifica l'OIV ha attestato, in data 26/04/2019, l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.lgs. 33/2013. Particolarmente problematica si è - poi - rivelata la attuazione di quanto disposto dall'art. 14 del D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

Ed infatti, si è rivelata di difficile attuazione la modalità di pubblicazione dei dati ivi contemplati, con particolare riferimento ai redditi ed alla situazione patrimoniale degli organi di vertice e dei dirigenti.

È intervenuta sul punto, la Corte Costituzionale che, con sentenza n. 20 del 21 febbraio 2019, ha affermato la conformità al dettato costituzionale dell'obbligo di pubblicazione dei redditi e della situazione patrimoniale dei dirigenti c.d. "apicali" della singola amministrazione, ritenendo - invece - sproporzionato l'obbligo di pubblicazione dei redditi e della situazione patrimoniale per i titolari di incarichi dirigenziali.

Successivamente la Autorità di settore ha, con Delibera n. 586 del 26 giugno 2019, proceduto a fornire indicazioni operative alle Amministrazioni, a cui l'Istituto sta dando attuazione.

Di seguito uno schema degli obblighi di pubblicazione vigenti con indicazione dei soggetti responsabili della trasmissione e/o pubblicazione dei dati che contiene gli aggiornamenti dettati dal D.lgs. n. 97/2016:



| 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 Martoccia 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. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |
| | Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse) | Tempestivo Annuale | Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides | 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 Martoccia Dott. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |
| | Personale non a tempo indeterminato | Annuale | Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |
| | Tassi di assenza | Trimestrale | Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |
| | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Tempestivo | Dott.ssa Rosa Maria Martoccia Dott. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |
| | Contrattazione collettiva | Tempestivo | Dott. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| | Contrattazione integrativa | Tempestivo Annuale | Dott. Marco Des Dorides | Dott. Mario Iacobone |
| | OIV | Tempestivo | Direzione Generale Dott.ssa Paola Ricci, Segretario OIV | Dott. Mario Iacobone |
| Bandi di concorso | | Tempestivo | Dott. Stefano Di Matteo | Dott. Stefano Di Matteo Dott. Mario Iacobone |
| Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Tempestivo | Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi | Dott. Mario Iacobone |
| | Piano della Performance | Tempestivo | Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi | Dott. Mario Iacobone |
| | Relazione sulla Performance | Tempestivo | Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi | Dott. Mario Iacobone |
| | Ammontare complessivo dei premi | Tempestivo | Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi | Dott. Mario Iacobone |
| | Dati relativi ai premi | Tempestivo | Direzione Generale Dott.ssa Patrizia Tancredi | 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. Francesco Barnato | 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. 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 | Direzione Generale OIV | 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 |
| | Carta dei servizi e standard di qualità | Tempestivo | Singolo Responsabile dei servizi erogati | Dott. Mario Iacobone |
| Servizi erogati | 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 | Tempestivo | CNT e CNS nei casi previsti dalla legge | Ministero della Salute |
| Pagamenti all'amministrazione | Dati sui pagamenti | Annuale | Dott.ssa Rosa Maria Martocchia Dott. Francesco Barnato | Dott. Mario Iacobone |
| | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | non rientra nelle attività istituzionali previste dall'ISS | | |
| | 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 |

Il Centro Nazionale Sangue ed il Centro Nazionale Trapianti, che operano all'interno dell'Istituto in virtù delle relative disposizioni istitutive, sono tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di Trasparenza previsti dal Decreto n. 33/2013

Con riguardo agli adempimenti in materia di trasparenza, occorre segnalare, altresì, che è in via di compiuta definizione il nuovo sito iss.it del quale costituisce parte integrante la sezione " *amministrazione trasparente* ". Fermo restando che l'impianto di tale sezione è rigidamente fissato dalla Legge, in occasione dell'avvio del nuovo sito, è in programma garantire una

maggiore autonomia dei soggetti detentori dei dati nell' inserimento degli stessi nella pertinente sezione del sito ed infatti si procederà (attraverso idonee credenziali) a fare in modo che gli uffici direttamente coinvolti provvedano all'inserimento dei dati e delle informazioni di interesse, attribuendo all'RPCT un compito di supervisione e di controllo sulla idoneità e completezza dei dati pubblicati.

Si intende in tal modo garantire un maggiore livello di responsabilizzazione dei soggetti detentori dei dati ed un maggiore grado di autonomia e rapidità nell'inserimento delle informazioni.

Con tale soluzione si auspica e ci si prefigge, altresì, di superare la difficoltà riscontrata, in alcuni casi, di ottenere i dati oggetto di pubblicazione.

Va, tuttavia, rilevato che ci sono sezioni del sito la cui implementazione prescinde dalla collaborazione di uno o più uffici della Amministrazione e per i quali sarà cura del RPCT (in continuità con quanto si sta facendo attualmente) reperire e pubblicare i relativi contenuti.

13. CODICE DI COMPORTAMENTO

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono, conformemente a quanto disposto dall'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo importante per la riduzione del rischio corruttivo.

Il codice di comportamento dell'ISS è stato definito attraverso un procedimento che ha previsto una procedura aperta alla partecipazione ed il parere obbligatorio dell'OIV.

Dopo il parere favorevole dell'OIV alla adozione del codice di comportamento del 11.01.2018 è stato adottato il "*Regolamento recante norme di comportamento del personale dell'Istituto Superiore di Sanità*" nella seduta del Consiglio di Amministrazione del 09.10.2018 con delibera n.16.

Tenuto conto della particolare complessità nella disciplina della eventuale insorgenza di conflitti di interesse, e tenuto conto che la relativa regolamentazione è contenuta attualmente nel codice di etica, è stato istituito, con Decreto n. 55/19 del 07/11/2019 un gruppo di lavoro per la

adozione di un "Regolamento per la gestione del conflitto di interessi" con il compito di "...valutare le problematiche inserenti la materia ed elaborare uno schema di regolamento finalizzato a disciplinare le procedure con le quali l'Istituto Superiore di Sanità individua, dirime e gestisce le ipotesi di conflitto di interessi nell'ambito della gestione delle proprie funzioni e attività..."

Premesso quanto sopra, pertanto, nel corso del periodo di vigenza del presente Piano si verificherà la adozione del citato documento con le conseguenti attività di uniformazione alle relative previsioni della attività di prevenzione della corruzione.

Occorre – altresì – rilevare che l'ANAC, nel PNA 2019, ha previsto la adozione di nuove linee guida in materia di doveri di comportamento, suggerendo alle amministrazioni di attendere la definitiva adozione delle linee guida citate, prima di rivedere i propri codici di comportamento

14. MONITORAGGIO E CONTROLLI

Nel corso del 2020, in analogia con quanto fatto nel corso del 2019, si provvederà alla fine del primo semestre alla redazione di un documento di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano nel quale si darà conto sia della reale applicazione delle misure di prevenzione adottate, sia della idoneità delle stesse, al fine di ridurre il rischio di corruzione.

Con cadenza semestrale (giugno e dicembre) l'RPCT provvederà a richiedere ai Dirigenti dei competenti Uffici amministrativi, ai quali viene demandato il compito di procedere alle opportune verifiche, di dar conto su:

- dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e di incompatibilità, rilasciate nella comunicazione degli incarichi conferiti/autorizzati dal personale dipendente, e controllo di veridicità delle relative autodichiarazioni.
- dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e di incompatibilità, degli incarichi conferiti/autorizzati al personale dipendente relativamente ai gruppi/tavoli di lavoro aventi ad oggetto la tematica dei vaccini.



- dichiarazione di assenza di eventi a rischio corruttivo nell'ambito dei contenziosi.
- dichiarazione circa il rispetto delle normative vigenti in materia di composizione e principio di rotazione delle commissioni di concorso.

Si procederà – altresì – alle opportune verifiche sullo svolgimento dell'attività contrattuale, conformemente a quanto disposto dall'ANAC, con, tra l'altro, l'aggiornamento 2015 al PNA ³.

Si proseguirà con il doveroso monitoraggio degli adempimenti in tema di trasparenza, per la verifica degli adempimenti di cui al D.Lgs. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni ed agli istituti dell'accesso civico e dell'accesso civico "generalizzato" introdotti dal Legislatore.

Nell'ambito dell'attività del Settore tecnico-scientifico, si procederà alla richiesta sul grado di attuazione delle misure di contenimento individuate per la riduzione dei rischi corruttivi. Qualora le misure non fossero state applicate si chiederà di dar conto del motivo.
Tale verifica si effettuerà annualmente.

15. LA FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

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

A tal fine il competente Direttore Centrale delle Risorse Umane ed Economiche:

1. curerà che i soggetti condannati per i reati sopra indicati non siano assegnati ad uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie,

³ adottato con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015

- all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
2. chiederà semestralmente ai Direttori delle strutture competenti per materia specifici report concernenti l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni, e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di:
 - a) scelta del contraente per l'affidamento di lavori servizi e forniture;
 - b) concessione o erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici.
 3. verificherà al proprio interno l'avvenuta acquisizione delle relative autocertificazioni e il numero di controlli effettuati sulle stesse, relativamente ai procedimenti di accesso o selezione all'impiego e successive progressioni di carriera.

16. 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 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.

Il 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. Si prosegue, con il supporto del servizio informatico, al perfezionamento del processo di notifica agli interessati che al momento non è automatico ma eseguito manualmente da un operatore.

La misura si comunque 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 2020, proseguirne l'applicazione.

17. DISPOSIZIONI FINALI

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

Va rilevato – a tale proposito che si è provvederà all'inserimento dei dati relativi alla adozione del Piano nella piattaforma informatica messa a punto dall'ANAC (piattaforma *online* esistente sul sito dell'ANAC).

Tale strumento consente l'inserimento delle rilevazioni delle informazioni relative ai Piani e consente anche di predisporre la relazione annuale. La registrazione consentirà – altresì - anche di accedere al *forum* dei RPCT (che l'Autorità renderà disponibile a breve).

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

Con l'approvazione del presente Piano sono approvate tutte le misure ivi contenute.