



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
2022-2024

Sommario

| | |
|--|----|
| ACRONIMI e DEFINIZIONI | 5 |
| 1. INTRODUZIONE | 10 |
| 2. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA' | 13 |
| 2.1 I DIPENDENTI E COLLABORATORI DELL'ISS | 14 |
| 2.2. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA | 14 |
| 2.3. L'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO | 15 |
| 2.4 I REFERENTI | 16 |
| 2.5 LA STRUTTURA DI SUPPORTO AL RPCT..... | 17 |
| 2.6 L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE | 18 |
| 2.7 IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI | 19 |
| 2.8 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA) .. | 19 |
| 2.9 IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE | 19 |
| 2.10 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI | 20 |
| 3. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA | 20 |
| 4. ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E <i>PERFORMANCE</i> | 22 |
| 5. IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO | 24 |
| 5.1 ANALISI DEL CONTESTO OPERATIVO..... | 28 |
| 5.1.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO | 29 |
| 5.1.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO | 30 |
| 5.2. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO | 48 |
| 5.2.1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO..... | 48 |
| 5.2.2 ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO | 49 |
| 5.2.3 LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO | 55 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.3 | IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO | 55 |
| 5.3.1 | GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO | 56 |
| 5.4 | MONITORAGGIO E RIESAME DEL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO..... | 59 |
| 5.4.1 | IL MONITORAGGIO..... | 59 |
| 5.4.2 | RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITA' DEL SISTEMA NEL SUO COMPLESSO..... | 60 |
| 5.5 | CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE..... | 62 |
| 5.5.1 | QUESTIONARIO DI PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE | 62 |
| 5.5.2 | REALIZZAZIONE DEL MANUALE DI USO DELLA PIATTAFORMA INFORMATICA ANTICORRUZIONE E ISTITUZIONE DELLA CASELLA DI POSTA DEDICATA | 65 |
| 5.5.3 | RIUNIONI DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE..... | 66 |
| 5.5.4 | PUBBLICAZIONE NEL NOTIZIARIO..... | 66 |
| 6. | MISURE GENERALI..... | 67 |
| 6.1 | CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS | 68 |
| 6.2 | MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI | 71 |
| 6.3 | AUTORIZZAZIONI 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..... | 72 |
| 6.3.1 | LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO | 72 |
| 6.3.2 | LE PROCEDURE ADOTTATE..... | 73 |
| 6.3.3 | VERIFICA E MONITORAGGIO DELLE PROCEDURE | 73 |
| 6.4 | INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI..... | 75 |
| 6.4.1 | INCOMPATIBILITA'..... | 75 |
| 6.4.2 | INCONFERIBILITA'..... | 76 |
| 6.4.3 | RIMEDI | 76 |
| 6.5 | ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO (PANTOUFLAGE)..... | 77 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.6 | FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE DEGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE..... | 78 |
| 6.7 | ROTAZIONE DEL PERSONALE..... | 78 |
| 6.7.1 | La misura della rotazione ordinaria in ISS..... | 79 |
| 6.8 | TUTELA DEL WHISTLEBLOWER..... | 83 |
| 6.9 | LA FORMAZIONE | 84 |
| 6.10 | PATTI DI INTEGRITÀ E RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE 85 | |
| 7. | LA TRASPARENZA..... | 87 |
| 7.1 | LA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” | 87 |
| 7.2 | DEFINIZIONE DEI FLUSSI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI ED INDIVIDUAZIONE DEI RESPONSABILI | 89 |
| 7.3. | BILANCIAMENTO TRA TRASPARENZA E PRIVACY..... | 94 |
| 7.4 | ACCESSO CIVICO SEMPLICE ED ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO | 95 |
| 8 | MONITORAGGIO E CONTROLLI..... | 97 |
| 9 | DISPOSIZIONI FINALI | 97 |

ACRONIMI e DEFINIZIONI

ACRONIMI

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

DEFINIZIONI

| | |
|--|--|
| Campionamento ragionato | Tecnica di campionamento utilizzata per il monitoraggio di II livello sull'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo |
| Contesto esterno | Insieme di forze, fenomeni e tendenze di carattere generale, che possono avere natura economica, politica e sociale e che condizionano e influenzano le scelte e i comportamenti di un'organizzazione e indistintamente tutti gli attori del sistema in cui tale organizzazione si colloca |
| Contesto interno | Organizzazione interna e gestione operativa di una organizzazione |
| Evento corruttivo | Insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente |
| Mappatura dei processi | Individuazione ed analisi dei processi organizzativi |
| Misurazione del rischio | Valutazione del livello di rischio |
| <i>Pantouflage</i> | Divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. |
| Patto di integrità | Accordi tra una stazione appaltante e i fornitori che partecipano ad una gara o ad una qualunque procedura di affidamento. Le parti si impegnano reciprocamente a conformare i loro comportamenti alla lealtà, trasparenza e correttezza. |
| Piano integrato di attività e organizzazione | Documento programmatico previsto dall'art. 6, comma 1 del Decreto Legislativo n. 80 del 09/06/2021 con il quale è stata prevista l'integrazione dei piani programmatici delle PPAA |
| Rischio corruttivo | Possibilità che si verifichi un evento corruttivo |

| | |
|--------------------------------|---|
| | |
| Rischio corruttivo Inerente | Entità del rischio di un evento corruttivo prima dell'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli. Le due dimensioni del rischio inerente sono: a) Probabilità: eventualità che il rischio si verifichi b) Impatto: Conseguenze derivanti dal verificarsi del rischio |
| Rischio corruttivo Residuo | Entità del rischio corruttivo dopo l'applicazione delle misure di contenimento e dei controlli. |
| <i>Stakeholder</i> | Soggetti, individui od organizzazioni, il cui interesse è negativamente o positivamente influenzato dal risultato della attività di una organizzazione (in questo documento l'ISS) |
| <i>Whistleblower</i> | Chiunque segnali violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico. La finalità primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione del RPCT i possibili rischi di irregolarità o di episodi di corruzione di cui si è venuti a conoscenza. |
| <i>Whistleblowing</i> | Procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il <i>whistleblower</i> . |

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

| | |
|---|---|
| Legge 6 novembre 2012 n. 190 | Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione. |
| Regolamento UE 2016/679 | Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) |
| Decreto legislativo numero 33 del 2013 | Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni. |
| Decreto legislativo numero 39 del 2013 | Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190. |
| Decreto legislativo numero 97 del 2016 | Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. |
| Decreto legislativo numero 165 del 2001 | Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. |
| Decreto legislativo numero 150 del 2009 | Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di |

| | |
|---|---|
| | efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. |
| Decreto legislativo numero 75 del 2017 | Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. |
| Decreto del Ministero della Salute 02/03/2016 | Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106 |
| Decreto legislativo numero 218 del 25/11/2016 | Semplificazione delle attività degli enti pubblici di ricerca ai sensi dell'articolo 13 della legge 7 agosto 2015, n. 124. |
| Decreto Legge n. 80 del 09/06/2021 | Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia |

PARTE PRIMA

1. INTRODUZIONE

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, di seguito indicato anche con l'acronimo PTPCT, è il documento con cui l'ISS individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione, operando una generale ricognizione dei procedimenti in cui si articola l'attività e indicando le misure volte a prevenire il rischio.

E' adottato in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, lettera *a* della L. 6 novembre 2012, n. 190.

Il PTPCT 2022/2024 è il nono Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui si è dotato l'ISS; nel corso degli anni l'elaborazione dei Piani si è andata via via perfezionando sino a realizzare con l'attuale Piano la definitiva e completa ricognizione dei procedimenti e delle misure di contenimento del rischio di tutte le strutture previste dal regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità approvato il 2 marzo 2016.

Tale risultato, di cui si vuole sottolineare la rilevanza in considerazione della molteplicità delle attività svolte nell'ambito della *mission* dell'ISS, è stato possibile grazie ad una diffusa consapevolezza della importanza che lo strumento del Piano assume all'interno della organizzazione; consapevolezza che la struttura di supporto al Responsabile della Prevenzione è riuscita a realizzare nel contesto interno dell'ISS, superando le iniziali diffidenze verso un adempimento che poteva essere percepito come meramente burocratico.

Il PTPCT si colloca nel contesto di una serie di piani programmatici che il legislatore ha ideato e prescritto come doverosi per tutte le Pubbliche Amministrazioni; l'ISS infatti adotta un Piano triennale delle Attività, un Piano triennale delle *Performance* oltre ai documenti gestionali di natura tecnico contabile.

Con il Decreto Legislativo n. 80 del 09/06/2021, recante "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*" è stato previsto che tutti i piani programmatici



confluiscono in un unico “Piano integrato di attività e organizzazione” nell’ambito del quale siano definiti, tra l’altro, gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione

In attesa della attuazione da parte della Funzione Pubblica delle misure organizzative per la redazione del Piano integrato, il presente Piano recepisce gli obiettivi strategici del Piano Triennale di Attività e si armonizza con le parti relative all’analisi dei contesti operativi contenute nei piani dell’Amministrazione; costituisce il naturale aggiornamento del Piano 2021/2023 di cui conferma la coerenza e mantiene la struttura ; dà conto altresì del grado di realizzazione degli obiettivi in esso contenuti; relaziona sul grado di applicazione delle misure di contenimento generali e specifiche, completando l’analisi dell’intero ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Il presente Piano è organizzato in tre parti e si completa di un allegato che rappresenta la base dati dell’intero ciclo di gestione del rischio corruttivo delle Strutture Scientifiche ed Amministrative dell’ISS.

Nella prima parte sono indicati:

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

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

Infine sono rappresentate le fasi di consultazione e comunicazione.

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

amministrazione, di tutela del *whistleblower*; lo stato di attuazione della formazione in tema di anticorruzione, di rotazione del personale, dei patti di integrità.

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

Il presente Piano è stato redatto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Istituto avvalendosi della Struttura di Supporto nominata con decreto n.1/2021 del Direttore Centrale degli Affari Generali.

2. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'

Le figure che intervengono nel processo di formazione ed attuazione delle misure di prevenzione della corruzione sono molteplici; coerentemente con le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, è stata creata in ISS una rete di collaborazione attraverso la istituzione dei referenti della anticorruzione e dei loro delegati, nell'ambito della quale il RPCT esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento delle attività di prevenzione del rischio di corruzione.

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

La rete di collaborazione risponde all'esigenza di perseguire un'efficace condotta di prevenzione della corruzione attraverso un'ampia condivisione sia dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione che dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'Ente, superando la logica del mero dovere formale.

I soggetti attivi nel sistema di prevenzione sono schematicamente rappresentati nell'immagine seguente:



2.1 I DIPENDENTI E COLLABORATORI DELL'ISS

I primi soggetti della prevenzione della corruzione sono, e non possono che essere, tutti i dipendenti dell'amministrazione che hanno un proprio personale livello di responsabilità nella prevenzione della corruzione, da declinare in relazione ai compiti effettivamente svolti ed agli incarichi ricoperti.

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

Il personale dell'ISS è quindi tenuto, sia per obbligo giuridico che per dovere etico, a:

- ✓ partecipare al processo di riduzione del rischio;
- ✓ osservare le misure contenute nel Piano anticorruzione;
- ✓ segnalare le situazioni di illecito.

Il carattere di obbligo giuridico riverbera sulle conseguenze che discendono dalla violazione delle misure contenute nel piano anticorruzione, violazioni che costituiscono illecito disciplinare per espressa previsione della legge 190/2012.

Anche i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione osservano le misure contenute nel Piano anticorruzione e sono tenuti a segnalare le situazioni di illecito.

2.2. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

E' la figura centrale della attività di prevenzione della corruzione che, secondo l'art. 43 D.Lgs. 33/2013, svolge anche le funzioni di Responsabile della Trasparenza.

In base alle previsioni normative il RPCT deve:

- Predisporre e verificare l'attuazione del Piano Anticorruzione.
- Segnalare all'Organo di Indirizzo ed all'OIV eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Proporre modifiche del Piano qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

- Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo;
- Curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento e monitorare annualmente la sua attuazione.
- Redigere la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel Piano Anticorruzione;
- Definire le procedure appropriate per formare i dipendenti in tema di prevenzione della Corruzione;
- Occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico
- Controllare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate; in tale adempimento è ricompreso il dovere di segnalare all'organo di indirizzo politico, all'OIV e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione e di attivare nei casi più gravi anche i conseguenti procedimenti disciplinari.

Nel corso del 2021, a seguito del collocamento a riposo per raggiunti limiti di età del precedente Responsabile - dott. Maurizio Pasquali -, si è reso necessario nominare un nuovo RPCT, individuato tra i dirigenti di ruolo in servizio nell'Ente. Il Consiglio di Amministrazione, con deliberazione n. 4 allegata al verbale n.48 della seduta del 03.06.2021 ha nominato il dott. Antonio Caliendo, dirigente di II fascia con contratto di lavoro a tempo indeterminato nei ruoli dell'ISS.

2.3. L'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO

Nel sistema delineato dallo Statuto (DM Salute 24/10/2014) e dal Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS (DM Salute 02/03/2016) sono individuati quali organi dell'Istituto il Presidente dell'ISS, il Consiglio di amministrazione, il Comitato scientifico, il Collegio dei revisori dei conti.

Nell'ambito delle attribuzioni degli organi il Presidente dell'ISS ha la rappresentanza legale dell'Istituto, promuovendo lo sviluppo e l'unità di indirizzo delle attività istituzionali.

Al Presidente spetta la convocazione e la presidenza del Consiglio di amministrazione, di cui predispone, sentito il Direttore generale, l'ordine del giorno.

Al Consiglio di amministrazione sono riservati i compiti di indirizzo in materia amministrativa e finanziaria; in particolare le norme attribuiscono a tale organo la deliberazione dei piani triennali della *performance*, dell'anticorruzione e trasparenza e le relative relazioni;

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

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

2.4 I REFERENTI

All'interno dell'ISS si definiscono come direttori di Struttura le figure dei Direttori di Dipartimento, di Centro Nazionale, dei Servizi, dei Centri di Riferimento, del Responsabile dell'Organismo Notificato, dei Dirigenti Amministrativi di II fascia e dei Responsabili delle Strutture di Supporto alla Presidenza e Direzione Generale

La conoscenza capillare della realtà della propria unità organizzativa rende i direttori di struttura le figure maggiormente indicate a svolgere le funzioni di referente del RPCT per la completa realizzazione della prevenzione della corruzione.

I Referenti possono a loro volta servirsi del supporto della figura del "delegato" del Referente, opportunamente nominato e comunicato al RPCT; il delegato coadiuverà il Referente nell'espletamento di tutti gli adempimenti previsti, ivi compresa l'attività di inserimento dati nella Piattaforma Informatica Anticorruzione dell'ISS.

Il Direttore di Struttura, è la figura più titolata a vigilare sull'osservanza del Piano nella propria Unità con particolare riguardo alle attività a rischio individuate nel PTPCT ed alle misure di contrasto del rischio di corruzione;

Ai referenti è – altresì – demandato il compito di coadiuvare la struttura di supporto del RPCT nell'individuare i processi ascrivibili alla struttura di appartenenza, le misure di riduzione del rischio da monitorare nonché di

procedere all'attività di inserimento dati nella Piattaforma Informatica Anticorruzione dell'ISS, eventualmente in ciò supportati dai delegati

Ancora più nello specifico, 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;
- ✓ attuare le misure di propria competenza programmate nel Piano ed operare affinché vi siano le condizioni per l'efficace concretizzazione delle stesse da parte del personale.

Il delegato – invece - fornisce il supporto pratico-operativo per gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione, supporto non di secondaria importanza anche in considerazione delle specifiche caratteristiche di alta specializzazione tecnico scientifica in materia di salute pubblica dell'Istituto come Ente di Ricerca, che lo rendono un *unicum* nel panorama degli enti di ricerca nazionali.

2.5 LA STRUTTURA DI SUPPORTO AL RPCT

Il PNA 2019 raccomanda che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata per qualità del personale e per mezzi tecnici. L'ISS si è adeguato alle prescrizioni nominando, senza maggiori oneri per l'Ente, la propria Struttura di Supporto al RPCT con decreto del Direttore Centrale degli Affari Generali n. 1 del 15 ottobre 2021.

I membri della Struttura di Supporto sono stati scelti dal RPCT essenzialmente confermando la composizione della Struttura che aveva collaborato con il precedente Responsabile. Si è ritenuto che la professionalità mostrata e le competenze acquisite anche attraverso percorsi formativi specifici non dovesse essere dispersa anche e soprattutto al fine di dare continuità all'attività di supporto.

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

- n.4 Funzionari di Amministrazione
- n. 3 Collaboratori Tecnici Enti di Ricerca

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

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

La durata della Struttura di Supporto è strettamente legata alla durata dell'incarico del RPCT.

2.6 L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

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

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

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

L'OIV inoltre:

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

2.7 IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

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

Tale figura costituisce una figura di riferimento per l'RPCT per le questioni di carattere generale che riguardano la protezione dei dati personali e trasparenza. Nello specifico, nei casi di istanze di riesame a seguito del mancato riscontro ad accessi civici generalizzati, il RPCT può richiedere un parere al RPD per quanto possa riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali.

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

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

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

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

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

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

2.9 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* ed il PTPC
- che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza.



2.10 IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

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

3. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il Piano Triennale delle Attività 2022-2024 dell'ISS, affermando che nel corso del 2022 l'Istituto si allineerà con quanto previsto dall'art. 6 del D.L. n. 80 del 2021 e demandando al Piano integrato di attività e organizzazione le azioni concernenti l'anticorruzione, lascia fermi gli obiettivi strategici contenuti nel Piano Triennale di Attività 2021-2023.

Gli obiettivi contenuti nel PTA 2021-23 e riportati nel PTPCT 2021-23 sono, pertanto, da ritenersi validi anche per l'annualità 2022, con l'esclusione di quelli che, nel corso dell'anno 2021 siano stati pienamente raggiunti.

Nello schema seguente il dettaglio:

Obiettivo n.1 **Grado di raggiungimento 100%**

Titolo: Anticorruzione. Piattaforma Informatica di gestione dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo

Descrizione Messa a regime dell'applicativo che consente ai Responsabili delle Strutture di rendicontare/autocertificare il comportamento avuto nei confronti delle misure di contenimento del rischio corruttivo.

IL RPCT, in qualità di amministratore della piattaforma, potendo seguire in tempo reale l'avanzamento nella compilazione dei dati da parte delle strutture coinvolte, potrà, come previsto dalla normativa, da una parte monitorare costantemente l'attuazione delle misure, dall'altra riesaminare ad intervalli programmati il funzionamento del sistema nel suo complesso

Durata: annuale

Obiettivo n. 2

Titolo: Anticorruzione. Programma di formazione generale e specifica

Descrizione: Stipula di una convenzione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione per la gestione di una formazione mirata al personale dell'ISS favorendo la crescita di competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione.

Durata: annuale

Obiettivo n. 3 **Grado di raggiungimento 100%**

Titolo: Anticorruzione. Programma di Consultazione /Comunicazione

Descrizione: Secondo il principio guida della “responsabilità diffusa” sono state implementate le attività di comunicazione interna tra il RPCT e gli altri soggetti coinvolti nel ciclo di gestione del rischio corruttivo con riguardo alle azioni intraprese e da intraprendere, i compiti e le responsabilità di ciascuno e i risultati attesi.

Durata: annuale

Obiettivo n. 4

Titolo: Anticorruzione. Rotazione del Personale

Descrizione: Dovrà essere avviata l'individuazione e la rotazione del personale operante nei settori maggiormente esposti al rischio corruttivo, utilizzando tale misura anche, e più in generale, come criterio organizzativo che possa accrescere le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

Durata: biennale

Obiettivo n. 5 **Grado di raggiungimento 100%**

Titolo: Trasparenza. Monitoraggio mensile livelli di trasparenza.

Descrizione: Monitoraggio continuo della sezione Amministrazione Trasparente sul sito istituzionale e redazione di un report mensile sui dati mancanti.

E' essenziale che i documenti, le informazioni ed i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. 33/2013 siano resi disponibili tempestivamente dalle strutture organizzative, secondo le previsioni del Piano, e pubblicati a cura del Responsabile Pubblicazione Dati.

Il monitoraggio mensile consentirà la verifica costante del puntuale rispetto della norma evitando inutili istanze di accesso civico.

Durata: annuale

4. ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E PERFORMANCE

Per realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è necessario che il PTPCT sia coordinato con il contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

L'art. 1, co. 8 della l. 190/2012, nel prevedere che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscano contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale, ha di fatto sancito uno stretto legame tra il PTPCT e gli altri strumenti gestionali dell'Ente.

L'impostazione è stata particolarmente raccomandata anche dal PNA 2019, secondo cui alle misure programmate nel PTPCT devono corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance

Il legame è inoltre rafforzato dalle disposizioni contenute nell'art. 44 del d.lgs. 33/2013 in cui si prevede che l'Organismo Indipendente di Valutazione:

- verifichi la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della Performance e valuti l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- utilizzi le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa che individuale dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati

Sia la normativa che le raccomandazioni dell'ANAC degli ultimi anni erano già chiaramente orientate verso un sistema volto alla progressiva integrazione tra il sistema di gestione dei rischi corruttivi, la pianificazione strategica ed il ciclo della performance.

La completa coordinazione del PTPCT con gli altri documenti programmatori dell'attività si è compiuta a livello normativo col D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113 recante: «*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*».

All'art 6 del citato DL è previsto che le Amministrazioni «...per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di

accesso....“ adottino entro il 31 gennaio di ogni anno un *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)*, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il PIAO, che avrà durata triennale e dovrà essere aggiornato annualmente, definisce, tra le altre cose:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- *gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione.*

Va rilevato – tuttavia – che, alla data di predisposizione del presente piano, il decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228 (Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, c.d. *milleproroghe*) ha rinviato al 30 aprile l'adozione del piano integrato prevedendo che la mancata adozione entro il 31 gennaio dei singoli piani che in esso debbano confluire non comporti le conseguenze di legge.

Da tale previsione è stato escluso il PTPCT, per cui quindi è stato mantenuto il termine ordinario e che quindi in sede di prima applicazione del Piano Integrato sembra conservare la sua autonomia.

Il presente Piano viene – pertanto – adottato nelle more del perfezionamento del complesso iter normativo previsto dal citato art. 6 del D.L. 09/06/2021.

5. IL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Il ciclo di gestione del rischio corruttivo si sviluppa secondo fasi definite e tipizzate in un sistema organico; fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio ed il trattamento del rischio e ad esse si affiancano due ulteriori fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame.

Si riporta di seguito lo schema presentato già nel PTPCT 2021-23 che ben rappresenta la ciclicità dell'intero processo.



Figura 1 ciclo di gestione del rischio corruttivo

La descrizione del ciclo di gestione del presente piano tiene conto degli aggiornamenti intervenuti nell'arco del 2021 su alcuni specifici aspetti dell'analisi del ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Ogni ciclo di gestione infatti deve tener conto in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente adattandosi ad eventuali variazioni intervenute sia nel contesto interno che esterno.

Come rappresentato nel precedente Piano, l'ISS si è dotato di una piattaforma informatica per gestire i dati relativi alle fasi centrali che vanno dalla mappatura dei processi alla programmazione delle misure di contenimento e per avviare le fasi di applicazione delle misure di contenimento e riesame.

Nell'anno 2021 è stata conclusa la fase di test e l'uso della piattaforma informatica è andato a regime.

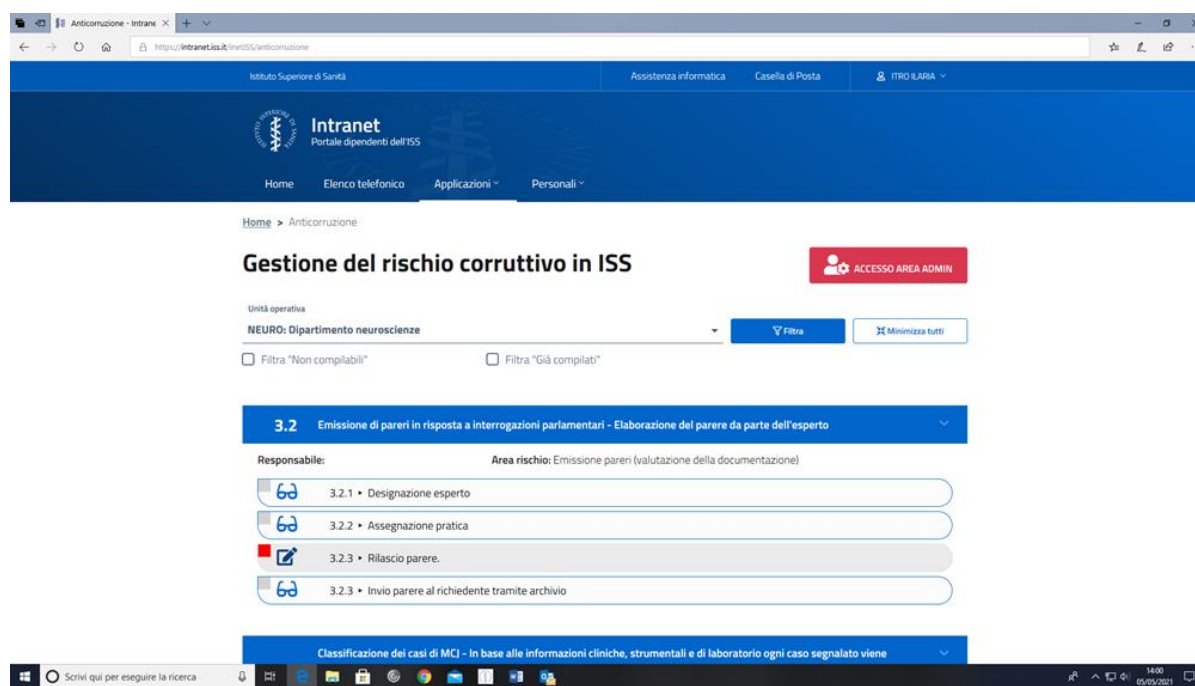


Figura 2 Piattaforma informatica – sezione relativa alla mappatura dei processi e suddivisione in fasi

I vantaggi che l'adozione di una piattaforma informatica ha comportato nella gestione delle attività inerenti il ciclo di gestione del rischio corruttivo in ISS sono stati da subito molto evidenti.

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

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

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

- Processi e relativa articolazione in fasi;
- Rischi e loro misurazione;
- Misure di contenimento e relativa categorizzazione;
- Indicatori di monitoraggio.

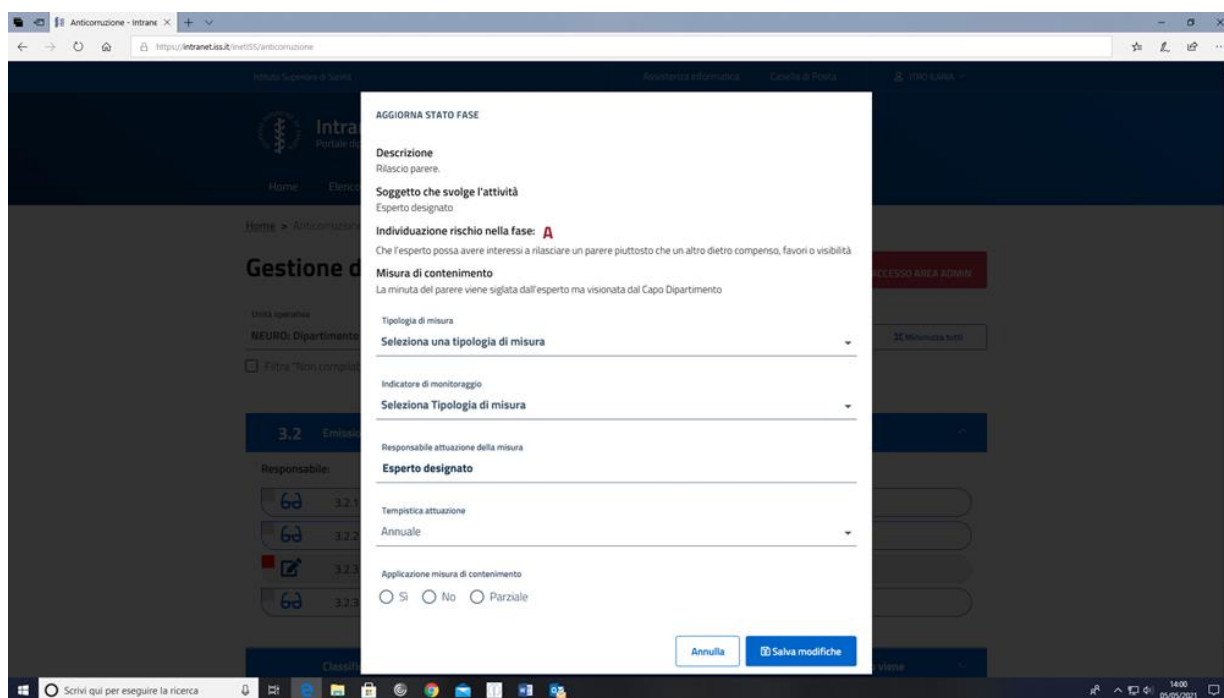


Figura 3 Piattaforma informatica – sezione relativa allo stato della fase

I dati riguardanti l'intero Processo di Gestione del Rischio Corruttivo delle Strutture Scientifiche e Amministrative dell'ISS sono presentati nell'**ALLEGATO 1** al presente Piano.

5.1 ANALISI DEL CONTESTO OPERATIVO

L'Istituto Superiore di Sanità è organo tecnico scientifico del Servizio Sanitario Nazionale ed Ente pubblico di ricerca; riconosciuto come Servizio Pubblico Essenziale dal Ministero della Salute (che ne esercita la vigilanza ai sensi del dlgs 218/2016) ha la missione di tutelare la salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione, formazione e informazione, prevenzione e sorveglianza ed opera attraverso la produzione di conoscenze scientifiche mediante la ricerca sperimentale di base e applicata, il monitoraggio e la sorveglianza dei fenomeni correlati alla salute, e sulla base di queste, fornisce pareri tecnico-scientifici alle diverse istituzioni e opera in alcuni contesti come regolatore.

A questo si aggiunge la diffusione delle conoscenze e delle evidenze scientifiche ai decisori, agli operatori e ai cittadini, agendo nell'ambito di grandi macro-aree di intervento che coprono pressoché tutti i settori della salute pubblica.

Il vigente piano della *performance* definisce la particolarità dell'ISS rappresentando come esso sia *“da un lato un ente pubblico di ricerca (come definito dal d.lgs. n. 218/2016), assieme ad altri 19 enti tra quali CNR, INFN, ISPRA; dall'altro, come organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, fa parte della rete di ricerca sanitaria del Ministero della Salute, a cui appartengono Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituti zooprofilattici sperimentali, INAIL, AGENAS.”*

I principali documenti di riferimento in cui si incardina l'attività programmatica dell'ISS sono, a livello nazionale, il Piano Nazionale della Ricerca, il Piano Nazionale della Ricerca Sanitaria, l'Atto di Indirizzo del Ministero della Salute e gli appositi piani approvati negli anni¹; a livello europeo e internazionale, il nuovo programma quadro Horizon Europe 2021-2027 e l'Agenda 2030 dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e

¹ Piano Nazionale della Prevenzione, Piano Nazionale della Cronicità, Piano d'Azione per la Salute Mentale, Piano Nazionale delle Demenze, il Piano Nazionale delle Malattie Rare, il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale e Piano Nazionale per la Prevenzione delle Epatiti Virali da virus B e C

il Piano per la ripresa dell'Europa Next Generation EU li appositi piani approvati negli anni².

5.1.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'Istituto, nell'ambito della ricerca nazionale, si colloca in un contesto di collaborazione e integrazione con una varietà di enti ed istituzioni quali gli altri enti di ricerca, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS), gli enti territoriali (Regioni, province, comuni), le Agenzie Nazionali.

Nell'ambito della ricerca internazionale, l'Istituto mantiene collaborazioni scientifiche con Paesi e partner di tutto il Mondo e partecipa ai bandi competitivi della Commissione Europea sia inerenti la ricerca (Programmi quadro di ricerca e sviluppo) che di sanità pubblica (Health Programme e bandi ECDC).; in ambito europeo, l'ISS, su mandato del Ministero della Salute e del Ministero della Ricerca, rappresenta il Paese in tre infrastrutture di ricerca europee nel campo delle Scienze Biomediche e della Salute (European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine -EATRIS, European Clinical Research Infrastructures Network - ECRIN e Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure – BBMRI), di cui l'ISS è sede dei nodi nazionali e segretariati tecnico gestionali. L'Istituto partecipa inoltre come partner alla European Life-science Infrastructure for Biological Information (ELIXIR) e a METROFOOD, dedicata alla ricerca scientifica nel campo della qualità e sicurezza alimentare e alla metrologia per alimenti e nutrizione.

Altri organismi internazionali con cui l'ISS collabora sono:

- CDC (Centers for Disease Control and Prevention)
- ECDC (European center for Disease Prevention and Control)
- ECHA (European Chemicals Agency)
- EDQM (European Directorate for the Quality of Medicine and Health care),
- European Food Security Agency (EFSA)
- EMA (European Medicines Agency)

² Piano Nazionale della Prevenzione, Piano Nazionale della Cronicità, Piano d'Azione per la Salute Mentale, Piano Nazionale delle Demenze, il Piano Nazionale delle Malattie Rare, il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale e Piano Nazionale per la Prevenzione delle Epatiti Virali da virus B e C

- FAO (Food and Agriculture Organization)
- IANPHI (International Association of National Public Health Institutes)
- IARC (International Agency for Research on Cancer)
- IDLO (International Development Law Organization)
- IILA (Organizzazione Internazionale Italo-Latina Americana)
- OIE (Organizzazione Mondiale della Sanità Animale)
- OMCL (Official Medicines Control Laboratory)
- PHACEE (Public Health Alliance - Central Eastern Europe)
- UNDP (United Nations Development Programme)
- UNEP (United Nations Environment Programme)
- WB (World Bank), WFP (World Food Programme)
- WHO (World Health Organization)

Ulteriori collaborazioni sono attivate con le università, le agenzie e le controparti tecnico-scientifiche istituzionali di Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), i Paesi in via di sviluppo e in transizione. La platea dei soggetti testimonia la notevole complessità ed ampiezza delle materie trattate.

Le collaborazioni con i soggetti elencati si traducono in fonti di finanziamento, come evidenziato nella parte relativa al contesto interno.

5.1.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

5.1.2.1 Quadro generale delle attività

Dal 2020, a seguito di una revisione delle competenze in un'ottica di maggiore integrazione e complementarità l'attività dell'ISS è stata inquadrata in sette macro-aree di attività che coprono tutti i settori della salute pubblica.

Le macro-aree sono state definite in coerenza con le linee guida per la valutazione degli enti pubblici di ricerca, approvate da ANVUR (Agenzia Nazionale di Valutazione del sistema Universitario e della Ricerca) nel giugno 2017, nell'ambito del decreto legislativo 25 novembre 2016, n. 218, e in conformità all'atto di indirizzo del Ministro della Salute del 29 dicembre 2017.

Esse includono le attività istituzionali, la ricerca scientifica e le attività di formazione, informazione e divulgazione (terza missione), e sono:

1. Salute e Ambiente
2. Farmaci
3. Malattie trasmissibili

4. Malattie non trasmissibili e malattie rare
5. Sicurezza alimentare e Nutrizione
6. Prevenzione delle malattie, promozione della salute e salute globale, Chimica.
7. Radiazioni, Tecnologie Innovative e Telemedicina.

Nel contesto generale della attività dell'ISS particolare attenzione è riservata all'attività di corretta informazione in materia sanitaria, la cui necessità si è resa tanto più evidente nel periodo pandemico; l'informazione e la divulgazione autorevole e scientificamente corretta viene attuata attraverso il sito istituzionale (www.iss.it), e diverse serie di pubblicazioni, tra cui gli Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, disponibili gratuitamente sul sito dell'Istituto.

Al sito istituzionale sono associati numerosi siti tematici:

1. EpiCentro (www.epicentro.iss.it), dedicato all'epidemiologia per la sanità pubblica;
2. Portale del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG; www.iss.it/linee-guida);
3. Portale del Centro Nazionale Sostanze Chimiche, con l'Archivio Preparati Pericolosi (www.cnscs.iss.it)
4. Portale del Centro Nazionale Sangue (www.centronazionale sangue.it)
5. Portale Trapianti (www.trapianti.gov.it) del Centro Nazionale Trapianti
6. Portale Malattie Rare (www.malattierare.gov.it) del Centro Nazionale Malattie Rare e Ministero della Salute;
7. Portale Osservatorio Nazionale Autismo (www.osservatorionazionaleautismo.it);
8. Portale "Progetto Cuore" (www.cuore.iss.it), dedicato all'epidemiologia delle malattie cardiocerebrovascolari, e allo stato di salute della popolazione adulta italiana;
9. Portale "Uniti contro l'AIDS" (www.uniticontrolaids.it)
10. Portale Rete nazionale dei Laboratori Nazionali di Riferimento per il morbillo e la rosolia MoRoNet (www.moronetlab.it).
11. Infrastruttura IRIDA-ARIES (<https://irida.iss.it/irida-aries>): una piattaforma bioinformatica collaborativa per la raccolta, analisi e condivisione di dati ai fini della sorveglianza delle malattie infettive, incluso COVID-19.

L'ISS opera anche attraverso canali di comunicazione dedicati ai cittadini, quali il portale ISSalute, il Museo, i telefoni verdi.

Nell'ambito delle sette macro aree le attività svolte e proceduralizzate sono :

- attività di ricerca diretta o promossa e coordinata con programmi di studio e ricerca di interesse nazionale ed internazionale;
- attività di sorveglianza anche attraverso la cura, la predisposizione e la tenuta di registri e di sistemi informativi su eventi rilevanti per la salute pubblica;
- attività di certificazione CE dei dispositivi medici;
- controlli analitici, valutazioni e ispezioni, anche ai fini autorizzativi, su articoli, biocidi, cosmetici, diagnostici in vitro, dispositivi medici, mangimi, materiali, matrici ambientali e biologiche, miscele o preparati pericolosi e non, presidi medico chirurgici, prodotti alimentari, prodotti fitosanitari, sostanze, ambienti di vita e di lavoro, agenti biologici, chimici e fisici, benessere animale e su quanto previsto dalle normative;
- controllo e valutazione di medicinali biologici e chimici, anche in qualità di laboratorio ufficiale per il controllo dei medicinali;
- consulenza al Ministero della salute, al Governo, alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano, agli Enti locali ed alle Organizzazioni europee ed internazionali;
- promozione, partecipazione e coordinamento in ambito nazionale ed internazionale di attività e programmi di formazione, collaborazione, perfezionamento ed aggiornamento;
- Predisposizione e aggiornamento dell'inventario nazionale delle sostanze chimiche e dei preparati;
- Predisposizione, aggiornamento e gestione di banche dati, piattaforme informatiche e di documentazione per obiettivi di sanità pubblica e sicurezza.

Tutte queste attività hanno costituito l'oggetto della mappatura dei rischi potenzialmente presenti sia nei processi operativi che nelle relative fasi in cui si articolano, come verrà evidenziato più avanti.

5.1.2.2. Attività svolte in pandemia

Sin dal 2020 le attività sono state condizionate dalla pandemia di SARS-CoV-2, che ha richiesto all'ISS un ruolo rilevante nella gestione dell'epidemia; come accennato in precedenza l'Istituto è stato identificato, per la prima volta, come servizio pubblico essenziale con nota del Ministero della Salute prot. N. 3351 – del 13/03/2020.

Per garantire tali attività essenziali al sistema Paese, l'ISS, nella duplice veste di Istituzione di Ricerca e Organo Tecnico-Scientifico del SSN, ha visto coinvolte tutte le sue strutture organizzative (Dipartimenti, Centri nazionali e Centri di riferimento, Servizi e altre strutture). Ha, inoltre, garantito un'immediata sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica, in rapporto continuo e costante con Regioni e Province Autonome come da Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 460 del 27/02/2020.

Il forte impegno dell'ISS sul fronte COVID-19 non ha, tuttavia, impedito lo svolgimento delle attività ordinarie. Le attività di ricerca dell'ISS sono state necessariamente riconfigurate per ottemperare alle restrizioni all'attività lavorativa in presenza imposte dalle misure anti-COVID19.

Nel pieno rispetto dei protocolli di sicurezza e servendosi degli strumenti del lavoro agile, è proseguita una significativa attività di ricerca in tutti gli ambiti scientifici che coinvolgono le diverse strutture.

5.1.2.3 Le risorse finanziarie dell'ISS

Dal punto di vista economico nel 2020 l'ISS migliora sia l'Indice di autonomia finanziaria³ che passa dal 34,68% del 2019 al 47,25% del 2020, sia l'Indice di dipendenza finanziaria⁴ per cui è possibile notare una minore dipendenza dai finanziamenti pubblici (trasferimenti dallo Stato) rispetto all'esercizio 2019 .

Risulta altresì migliorato l'Indice delle spese di personale; la spesa del personale rappresenta una delle voci che ha maggiore incidenza sul totale della spesa

³ Dato dal rapporto tra entrate correnti accertate al netto del finanziamento ordinario ed il totale delle entrate correnti, evidenzia la capacità di acquisire autonomamente le disponibilità necessarie per il finanziamento della spesa. In altri termini, esprime la capacità di finanziare la propria attività ordinaria tramite risorse proprie e, specularmente, la dipendenza dai contributi e trasferimenti correnti provenienti dallo Stato che l'Ente riceve annualmente. All'aumentare del suo valore corrisponde una maggiore autonomia rispetto ai trasferimenti erariali.

⁴ Tale indice, dato dal rapporto tra trasferimenti correnti in c/competenza ed entrate correnti in c/competenza, rappresenta il grado di dipendenza delle entrate correnti dei trasferimenti correnti da parte dello Stato (Ministero della Salute).

corrente dell'ISS e come tale appare importante determinarne l'incidenza rispetto al totale delle spese correnti con uno specifico indice. Un valore elevato dell'indice evidenzia un possibile squilibrio finanziario nella gestione del bilancio.

Tale indice risulta in leggero miglioramento rispetto al 2019.⁵

Per la realizzazione dei suoi fini l'ISS dispone di risorse che derivano da trasferimenti da parte dello Stato attraverso il Ministero della Salute e da attività di prestazioni a terzi così ripartite:

- Proventi da brevetti
- Proventi da corsi di formazione richiesti da organismi pubblici e privati
- Locazioni beni strumentali
- Revisioni d'analisi tossicologia
- Revisioni d'analisi alimenti
- Valutazione esterna di qualità - progetto metos"
- Contributo d.lgs. 432/98
- Accreditamento "trichinella"
- Controlli di stato per sieri e vaccini
- Controlli di stato su prodotti tossicologici
- Controlli di stato per prodotti farmaceutici
- Controlli di stato: test diagnostici
- Indagini diagnostiche
- Documentazione on-line
- Proventi da servizi forniti dall'*archivio preparati pericolosi*
- Cessione materiale di riferimento a titolo noto (nat)
- Servizi erogati *core facilities*

Le entrate per progetti relative all'anno 2020, derivano dalla stipula di 167 convenzioni e *grants*. Tra gli enti finanziatori, il Ministero della Salute e la

⁵ I dati sopra riportati sono tratti dal parere al rendiconto generale espresso dal collegio dei revisori in data 21/04/2021.

Commissione Europea risultano i finanziatori più importanti. Sono stati, inoltre, stipulati 77 accordi di collaborazione scientifica, senza finanziamento aggiuntivo, con enti pubblici di ricerca, regioni, università, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), società scientifiche, enti e agenzie nazionali ed estere.

Lo Stato Patrimoniale dell'Istituto evidenzia al 31.12.2020 un Patrimonio Netto pari ad Euro 73.120.521; in sostanza le "attività possedute dall'Istituto (crediti, cassa, immobilizzazioni etc.) sono superiori alle "passività" (debiti, fondi accantonati, etc.) per l'importo sopra evidenziato.

Il Conto Economico dell'esercizio 2020 chiude con un risultato economico positivo pari ad Euro 1.068.294.

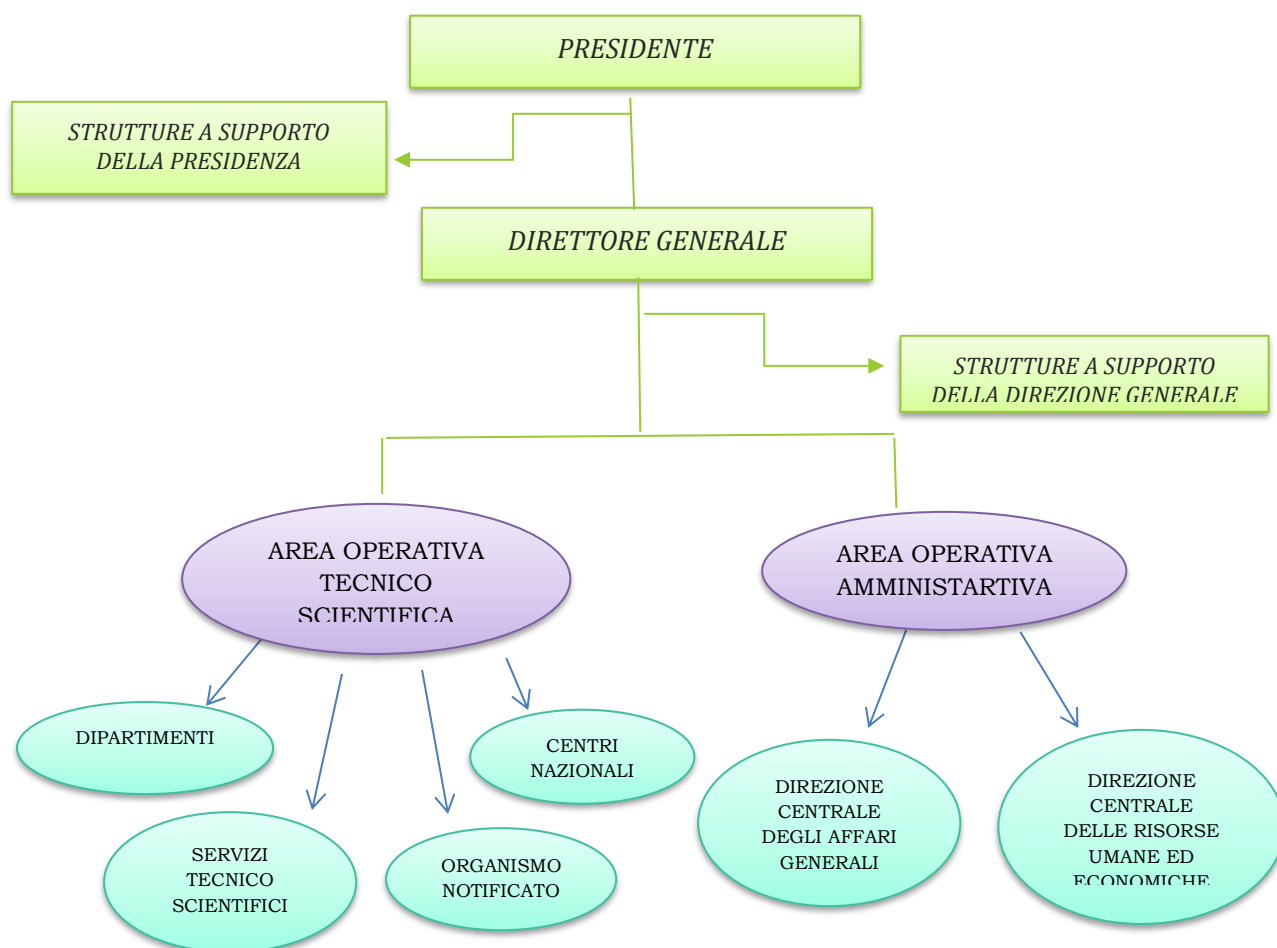
5.1.2.4 ORGANIZZAZIONE

Di seguito si riporta l'organigramma dell'ISS e la tabella riepilogativa del personale in servizio al 31.12.2021

L'organigramma dell'ISS

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
(D.lgs. n. 106/2012)

SONO ORGANI DELL'ISS: PRESIDENTE, CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE, COMITATO SCIENTIFICO, COLLEGIO DEI REVISORI. SVOLGONO LE LORO FUNZIONI DI CONTROLLO L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE, IL COMITATO ETICO



I presenti in servizio

La seguente tabella fa riferimento al personale effettivamente presente in servizio in ISS alla data del 31.12.2021. Tiene conto di tutte le movimentazioni di personale avvenute nell'arco dell'anno 2021 sia in ingresso che in uscita. I dati si discostano lievemente da quelli rappresentati nel Piano Triennale di Attività che avevano invece carattere previsionale ed erano stati rilevati al 01 ottobre 2021.

| PERSONALE IN SERVIZIO ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2021 | | | |
|---|-------------|--|--|
| PROFILO PROFESSIONALE | LIV. | PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO | PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO DETERMINATO |
| DIRIGENTE DI RICERCA | I | 26 | 7 |
| 1° RICERCATORE | II | 151 | 3 |
| RICERCATORE | III | 524 | 85 |
| DIRIGENTE TECNOLOGO | I | 8 | 2 |
| 1° TECNOLOGO | II | 16 | 2 |
| TECNOLOGO | III | 46 | 18 |
| DIRIGENTE I^ FASCIA | | 2 | |
| DIRIGENTE II^ FASCIA | | 5 | |
| FUNZIONARIO DI AMM.NE | IV | 37 | |
| | V | 18 | 1 |
| COLLAB. TECNICO E.R. | IV | 187 | |
| | V | 166 | |
| | VI | 215 | 27 |
| COLLAB. DI AMM.NE | V | 64 | |
| | VI | 32 | |
| | VII | 33 | |
| OPERATORE TECNICO | VI | 35 | |
| | VII | 48 | |
| | VIII | 96 | 3 |
| Dirig.ex art.15 septies | | | 5 |
| TOTALE | | 1709 | 153 |

Dati rilevati al 31.12.2021

5.1.2.5 LA MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi è l'aspetto centrale e il più importante dell'analisi del contesto interno poiché permette di identificare i punti vulnerabili in cui si potrebbe annidare un rischio corruttivo. La formulazione di un'adeguata mappatura incide quindi sulla qualità complessiva del ciclo di gestione del rischio

Peraltro la mappatura dei processi può costituire anche uno strumento di gestione volto al miglioramento dell'intera attività di ogni amministrazione perché tale analisi può evidenziare duplicazioni ed inefficienze delle attività.

Il lavoro capillare di mappatura, iniziato in ISS nel corso del 2020, ha via via interessato pressoché tutte le Strutture, sia Scientifiche che Amministrative così come individuate nel *Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'ISS approvato con DM 02/03/2016*.

Sono stati rilevati tutti i processi e le relative fasi con il risultato di ottenere un vero e proprio "elenco dei processi" che fa riferimento a tutta l'attività svolta dall'Ente e non solo a quei processi ritenuti a rischio.

Le aree di attività individuate in seguito al lavoro di mappatura sono di seguito elencate.

Aree di attività tecnico scientifiche:

- Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico ad. AIFA/Ministero/Regioni; Analisi di revisione ecc.)
- Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release)
- Emissione pareri (valutazione della documentazione)
- Attività ispettiva (coordinata dall'ISS)
- Attività ispettiva (coordinata da ente esterno all'ISS)
- Incontri tecnici e Commissioni, Attività di produzione e valutazione di linee guida HTA
- Procedure autorizzative e certificative
- Consulenze tecnico-scientifiche, tavoli di lavoro

- Sfruttamento dei risultati della ricerca scientifica con trasferimento a terzi di conoscenze con potenziale impatto economico; proprietà intellettuale (spin off) Attività brevettuale
- Allocazione organi (attività del CNT)
- Gestione archivi e banche dati
- Partecipazione a bandi di ricerca, progetti/convenzioni finanziati da Enti pubblici o privati
- Attività di Ricerca Scientifica
- Diagnostica
- Partecipazione ad indagini statistiche
- Risposte a quesiti posti da Istituzioni pubbliche
- Promozione coordinamento della partecipazione dell'ISS a bandi di ricerca finanziati da Enti Nazionali e Internazionali art. 15 decreto 02 marzo 2016
- Importazione ed esportazione del sangue umano e dei suoi prodotti (attività del CNS)
- Compensazione emocomponenti (attività del CNS)
- Coordinamento misure per autosufficienza (attività del CNS)
- Acquisto di beni e servizi
- Attività di supporto alla ricerca
- Gestione del personale nelle Strutture
- Relazioni Esterne e Rapporti internazionali
- Coordinamento eventi formativi e divulgazione scientifica
- Rapporti con la stampa

Aree di attività Amministrative:

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

- Predisposizione bilanci preventivi e consuntivi
- Attuazione dei sistemi di scrittura contabile, controllo atti di impegno, spesa, pagamenti e riscossioni
- Rapporti con la tesoreria
- Gestione ufficio cassa, servizi a pagamento
- Gestione settore fiscale e previdenziale
- Contenzioso del lavoro
- Procedimenti disciplinari
- Procedure di gara
- Gestione servizi manutentivi
- Contratti, servizi e spese in economia
- Procedure aperte e ristrette per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori
- Procedure negoziate per l'aggiudicazione di beni, servizi, lavori
- Stipulazione, approvazione ed esecuzione contratti
- Gestione albo fornitori
- Gestione spese per convegni, congressi, manifestazioni scientifiche
- Contratti all'estero
- Gestione ufficio del Consegretario
- Attività di reclutamento personale a tempo indeterminato e determinato
- Conferimento borse di studio
- Attività di formazione dei dipendenti dell'ISS
- Attività di gestione afferente agli accordi di collaborazione ed i contratti di ricerca
- Attività di gestione correlata agli incarichi di collaborazione a valere su fondi di programmi di ricerca
- Adempimenti pertinenti l'attività brevettuale
- Adempimenti amministrativi in materia di partecipazione a società, consorzi, associazioni
- Progressioni di carriera
- *Performance* e controllo di gestione
- Sistemi informatici
- Sorveglianza e controllo accessi
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Sorveglianza sanitaria
- Prevenzione e protezione dei lavoratori_Gestione delle emergenze
- Denunce INAIL

Nel PTPCT 2021-23 veniva segnalato che 3 Strutture dell'ISS, per diversi motivi, non avevano completato il lavoro di mappatura.

Nel corso del 2021 sia il Centro Nazionale Malattie Rare che il Servizio di Statistica hanno provveduto a fornire i dati non solo della mappatura dei processi ma dell'intero ciclo di gestione del rischio corruttivo. Il loro contributo è stato pertanto acquisito nella piattaforma informatica ed i dati relativi a queste due strutture sono presentati nell'allegato 1 al Piano.

Diverso è il discorso relativo al Dipartimento Malattie Infettive che è stato coinvolto in modo esclusivo ed assorbente nella lotta alla pandemia da virus Sars-CoV-2 e da un cambio di vertice a metà anno.

Il nuovo Direttore del Dipartimento, successivamente alla nomina avvenuta a metà anno, ha provveduto a fornire i dati della mappatura dei processi della propria Struttura.

Nel corso del 2022 il Dipartimento Malattie Infettive provvederà a fornire i dati relativi a Identificazione Misurazione Ponderazione del rischio e Identificazione delle misure di contenimento.

Con l'acquisizione e l'inserimento nella piattaforma informatica di tali dati si potrà considerare concluso il ciclo di analisi e contenimento del rischio

Si riportano, nella tabella che segue, i dati pervenuti dal Dipartimento Malattie Infettive relativamente alla mappatura dei propri processi dove sono illustrate nel dettaglio anche le fasi in cui si articolano i processi, ed i soggetti che svolgono le varie fasi.

Tale tabella confluirà, ultimato il ciclo di gestione, nell'allegato 1 del prossimo PTPCT, unitamente a quelle di tutte le altre strutture ISS.

| NUMERO AREA DI RISCHIO | DESCRIZIONE AREA DI RISCHIO | NUMERO PROCESSO | DESCRIZIONE PROCESSO | RESPONSABILE DEL PROCESSO | NUMERO FASE | DESCRIZIONE FASE | SOGGETTO CHE SVOLGE L'ATTIVITA' |
|------------------------|--|-----------------|--|---------------------------|-------------|---|---|
| 1 | Emissione pareri a seguito di saggi analitici (su richiesta di Autorità Giudiziaria o altro Ente pubblico come AIFA/Ministero/Regioni) | 1_1 | | Direttore di Dipartimento | 1_1_1 | Individuazione del personale esperto e assegnazione dell'incarico | Direttore di Dipartimento, Direttore di Reparto |
| | | | | | 1_1_2 | Analisi della documentazione e dei quesiti - | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 1_1_3 | Saggio analitico - Esecuzione dell'analisi sul campione | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 1_1_4 | Stesura del Parere - Analisi della documentazione, dei risultati analitici e stesura del parere | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 1_1_5 | Emissione del parere | Direttore di Reparto/ Dipartimento |
| | | | | | 1_1_6 | Invio del Parere | Segreteria del Dipartimento |
| 2 | Emissione pareri a seguito di esami analitici (Batch release) | 2_1 | | Direttore di CNCF | 2_1_1 | Ingresso Protocollo ISS | a competenza di CNCF |
| | | | | | 2_1_2 | Ingresso Protocollo Struttura assegnataria | a competenza di CNCF |
| | | | | | 2_1_3 | Assegnazione reparto di competenza | a competenza di CNCF |
| | | | | | 2_1_4 | esecuzione test in laboratorio | esperto Dipartimento DMI |
| | | | | | 2_1_5 | registrazione del parere in uscita | a competenza di CNCF |
| | | | | | 2_1_6 | invio al destinatario | a competenza di CNCF |
| 3 | Emissione pareri (valutazione della documentazione) | 3_1 | Richieste da NAS, AIFA, Ministero Salute, altre strutture del SSN, anche in collaborazione con altre strutture ISS (es. pareri per l'ammissibilità alla sperimentazione clinica di Fase I (DPR 439/2001, legge 8.11.2012 n.189, DM 27.04.2015; valutazioni tecnico scientifiche per l'autorizzazione all'uso di animali nella sperimentazione ai sensi del D.lgs. 26/2014, art. 31 comma 3 e art. 33 comma 2; Organismo Notificato 0373) | Direttore di Dipartimento | 3_1_1 | assegnazione parere - Individuazione del personale esperto e assegnazione del parere | Direttore di Dipartimento |
| | | | | | 3_2_2 | Stesura parere - Analisi della documentazione e stesura del parere | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 3_3_3 | Emissione del parere | Direttore di Dipartimento |

| | | | | | | | |
|---|---|-----|--|---|-------|---|---|
| 4 | Attività ispettiva (coordinata dall'ISS) | 4_1 | Attività ispettiva con sopralluoghi in sede (anche in collaborazione con altre strutture ISS come attività ispettiva su commissione dell'Organismo Notificato 0373) | Direttore di Dipartimento | 4_1_1 | Assegnazione dell'Ispezione | Direttore del Dipartimento, Presidenza, Direzione Generale, Direttore dell'Organismo Notificato |
| | | | | | 4_1_2 | Incarico sopralluogo tecnico | Direttore di Dipartimento/Reparto, Direttore dell'Organismo Notificato |
| | | | | | 4_1_3 | Stesura documento di programmazione | gruppo di esperti |
| | | | | | 4_1_4 | Svolgimento in loco dell'ispezione | Esperto/Ispettore designato |
| | | | | | 4_1_5 | Compilazione check list di controllo | gruppo di esperti |
| | | | | | 4_1_6 | Stesura del verbale dell'ispezione | Esperto designato |
| 5 | Attività ispettiva (coordinata da ente esterno all'ISS) | 5_1 | Sopralluoghi e stesura verbale ispezione | Direttore di Dipartimento | 5_1_1 | Affidamento della visita ispettiva al ricercatore competente della materia in oggetto | Direttore del Dipartimento, Presidenza, Direzione Generale |
| | | | | | 5_1_2 | preparazione dell'ispezione | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 5_1_3 | Svolgimento in loco dell'ispezione | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 5_1_4 | allestimento del verbale di ispezione | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 5_1_5 | Redazione verbale | Esperto (profilo Ricercatore) |
| 7 | Procedure autorizzative e certificative | 7_1 | Valutazione di conformità di dispositivi medici e diagnostici in vitro (su commissione dell'Organismo Notificato 0373) | Direttore dell'Organismo Notificato | 7_1_1 | Valutazione della documentazione tecnica | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 7_1_2 | Svolgimento di verifica ispettiva | Esperto (profilo Ricercatore) |
| 8 | Consulenze tecnico-scientifiche, tavoli di lavoro | 8_1 | Partecipazioni a commissioni, gruppi di lavoro e tavoli tecnici intersettoriali del Ministero della Salute o altri Enti Statali/Governativi nazionali e internazionali | Direttore di Dipartimento/Presidenza/Direzione Generale | 8_1_1 | Individuazione del personale esperto ed assegnazione dell'incarico | Direttore di Dipartimento, Presidenza, Direzione Generale |
| | | | | | 8_1_2 | Partecipazione alle riunioni della Commissione / Tavolo Tecnico | Direttore di Reparto/Esperto designato (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 8_1_3 | Redazione verbali riunioni e documenti | Direttore di Reparto/Esperto designato (profilo Ricercatore) |

| | | | | | | | |
|----|---|------|--|---------------------------|--------|---|---|
| 11 | Gestione archivi e banche dati | 11_1 | Attività di raccolta, archiviazione e analisi di dati epidemiologici, gestione dei registri nazionali | Direttore di Dipartimento | 11_1.1 | Disegno dell'archivio e progetto hardware e software | Esperto (profilo Ricercatore e collaboratore tecnico) |
| | | | | | 11_1.2 | Raccolta dati | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 11_1.3 | Immissione dati nell'archivio e controlli di qualità | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 11_1.4 | Consultazione dati ed analisi statistiche | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 11_1.5 | Pubblicazione e diffusione dei risultati | Esperto (profilo Ricercatore) |
| | | | | | 11_1.6 | manutenzione hardware e software e follow-up . Gestione delle risorse hardware e software | Esperto (profilo Ricercatore) |
| 12 | Partecipazione a progetti/convenzioni finanziati da enti pubblici o privati | 12_1 | Coordinamento e/o partecipazione come unità operativa in progetti di bandi nazionali (es. Ministero Salute, Università, Regione) e internazionali (Commissione Europea, EDCTP) | Responsabile Scientifico | 12_1.1 | Ideazione del progetto | Responsabile Scientifico |
| | | | | | 12_1.2 | Stesura del progetto sulla base di uno specifico "Call for proposal" | Responsabile Scientifico |
| | | | | | 12_1.3 | Preparazione del budget richiesto | Responsabile Scientifico |
| | | | | | 12_1.4 | Preparazione dell'accordo di collaborazione, Definizione delle Attività e del Valore commerciale dell'Accordo | Responsabile Scientifico e Amministrazione Centrale |
| | | | | | 12_1.5 | Conduzione delle attività | Responsabile Scientifico, Collaboratori (Ricercatore, personale tecnico) |
| | | | | | 12_1.6 | Acquisti di beni e servizi | Responsabile Scientifico, RUP, Segreteria di Dipartimento e Centrale |
| | | | | | 12_1.7 | Gestione campioni biologici e dati | Responsabile Scientifico, Collaboratori (Ricercatore, personale tecnico) |
| | | | | | 12_1.8 | Relazioni conclusive, rendicontazione delle attività e delle spese | Responsabile Scientifico, Amministrazione Centrale, Segreteria del Dipartimento |
| | | | | | 12_1.9 | Pubblicazioni scientifiche e altra disseminazione tramite differenti canali | Responsabile Scientifico, Collaboratori (Ricercatore, personale tecnico) |

| | | | | | | | |
|----|---|------|---|--|--------|--|--|
| 13 | Attività di ricerca scientifica senza contributi finanziari esterni | 13_1 | Ricerca, sperimentazione, controllo, piani strategici nazionali normati da GU nel settore biomedico/sanità pubblica | Responsabile Scientifico | 13_1_1 | Impostazione del disegno della ricerca scientifica | Direttore di Reparto/Responsabile Scientifico |
| | | | | | 13_1_2 | Interlocuzione con ricercatori di altre strutture che partecipano alla ricerca | Direttore di Reparto/Responsabile Scientifico |
| | | | | | 13_1_3 | attività di laboratorio | Personale ricercatore e tecnico |
| | | | | | 13_1_4 | Elaborazioni scientifiche per la stesura di report/articoli scientifici | Responsabile Scientifico, Collaboratori (Ricercatore, personale tecnico) |
| | | | | | 13_1_5 | realizzazione interventi tecnologici e convegni in ISS e all'esterno | Responsabile Scientifico, Collaboratori (Ricercatore, personale tecnico) |
| | | | | | 13_1_6 | stesura di report/attività scientifiche | Responsabile Scientifico, Collaboratori (Ricercatore, personale tecnico) |
| 14 | Diagnostica | 14_1 | diagnosi o conferma di diagnosi di microrganismi responsabili di infezioni virali, batteriche, parassitarie per conto del SSN (Laboratori di Riferimento Nazionale) | Direttore di Reparto/Direttore di Dipartimento | 14_1_1 | Ricezione documentazione e campione | Segreteria Tecnica |
| | | | | | 14_1_2 | Assegnazione al Reparto di competenza | |
| | | | | | 14_1_3 | Analisi | Personale ricercatore e tecnico |
| | | | | | 14_1_4 | Emissione Rapporto di prova | Direttore di Reparto, esperto designato |
| | | | | | 14_1_5 | Firma Direttore | Direttore di Reparto, di struttura |
| | | | | | 14_1_6 | Trasmissione Rapporto di prova | Segreteria Scientifica |
| 16 | Risposte a quesiti posti da Istituzioni Pubbliche | 16_1 | Attività di risposta a Interrogazioni Parlamentari e Question Time | Direttore del Dipartimento | 16_1_1 | Ricevimento interrogazione per il tramite della Presidenza | |
| | | | | | 16_1_2 | Interlocuzione con altre strutture ISS incaricate della risposta, ove previsto | |
| | | | | | 16_1_3 | Elaborazioni scientifiche per la stesura della risposta | esperto designato (personale ricercatore) |
| | | 16_2 | Attività di risposta a Richieste della Magistratura | | 16_2_1 | Stesura della risposta per la parte di pertinenza | |
| | | | | | 16_2_2 | Eventuale Invio del documento alle altre strutture rispondenti ove previsto | |
| | | | | | 16_3_1 | Ricevimento richiesta per il tramite della Presidenza | |
| | | 16_3 | Attività di risposta a Richieste di autorità locali (es. Sindaci) | | 16_3_2 | Stesura della risposta per la parte di pertinenza | |
| | | | | | 16_3_3 | Invio della risposta alla Presidenza | |

| | | | | | | | |
|----|---|------|--|---|--------|---|--|
| 24 | Relazioni esterne e rapporti internazionali | 24_1 | | Direttore di Dipartimento | 24_1.1 | Contatto con enti nazionali (ISTAT, DPA) e internazionali (WHO, UNAIDS, ECDC) | |
| | | | | | 24_1.2 | Incontri e meeting su tematiche specifiche | |
| | | | | | 24_1.3 | Stesura di documenti e relazioni | |
| 25 | Coordinamento eventi formativi e divulgazione scientifica | 25_1 | | Referente di Unità; Direttore di Dipartimento | 25_1.1 | analisi dei bisogni formativi | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.2 | Identificazione degli obiettivi e pianificazione dell'evento | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.3 | identificazione del profilo professionale dei destinatari dell'evento e richiesta dei crediti formativi (quando previsto) | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.4 | Coordinamento delle relazioni e dei gruppi di lavoro | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.5 | esecuzione dell'evento o corso (in presenza o formazione a distanza) | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.6 | valutazione del gradimento | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.7 | concessione dei crediti formativi (quando previsto) | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.8 | Pubblicazione e divulgazione dei materiali elaborati | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| | | | | | 25_1.9 | Invio del materiale ai destinatari dell'evento | responsabile scientifico, segreteria scientifica |
| 26 | Rapporti con la stampa | 26_1 | | Direttore di Dipartimento | 26_1.1 | Programmazione di attività di comunicazione e relazione con i media | |
| | | | | | 26_1.2 | Preparazione di audio e video divulgativi | |
| | | | | | 26_1.3 | Partnership e attività publirelazionali | |

| | | | | | | | |
|----|--------------|------|--|---|---------|--|---|
| 27 | Sorveglianza | 27_1 | sorveglianza delle malattie infettive nell'uomo ad obbligo di notifica (DPCM 3.3.17; circolari del Ministero della salute; Ordinanze della Presidenza del Consiglio dei Ministri; Conferenza Stato-Regioni) e su base volontaria | Direttore di Reparto; Referente di Unità; Direttore di Dipartimento | 27_1_1 | ricevimento scheda di notifica oppure metadati | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_2 | protocollo delle segnalazioni | Segreteria della Direzione |
| | | | | | 27_1_3 | inserimento dati in formato elettronico | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_4 | Gestione e conservazione dei dati sensibili e supporti cartacei | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_5 | ricevimento campione | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_6 | analisi campione | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_7 | conservazione campioni | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_8 | analisi dati | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_9 | trasmissione dei dati a piattaforme dedicate (Ministero della Salute, ECDC/OMS) oppure al Servizio di Statistica ISS per l'inserimento nell'apposito applicativo SISTAN di ISTAT | ricercatore/tecnico |
| | | | | | 27_1_10 | pubblicazione di report periodici | ricercatore |
| 28 | Formazione | 28_1 | formazione nazionale (scuola secondaria superiore, tesisti, borsisti, dottorandi, master) | Referente di Unità, Direttore di Dipartimento | 28_1_1 | selezione del candidato | responsabile scientifico |
| | | | | | 28_1_2 | supervisione dell'attività del candidato | responsabile scientifico |
| | | 28_2 | formazione internazionale (Erasmus, stage, programmi EUPHEM e EPIET) | | 28_2_1 | selezione del candidato | responsabile scientifico; supervisori EUPHEM/EPIET |
| | | | | | 28_2_2 | firma agreement con Università straniera o ECDC (in caso di EUPHEM, EPIET) | Segreteria di dipartimento, Segreteria Amministrazione Centrale; Responsabile Scientifico |
| | | | | | 28_2_3 | supervisione dell'attività del fellow | responsabile scientifico; supervisori |

Figura: mappatura dei processi Dipartimento Malattie Infettive

L'attività di mappatura dei processi precedentemente all'anno 2019 aveva coinvolto esclusivamente le strutture maggiormente esposte a rischio di corruzione. Tra il 2019 ed il 2021 ha interessato le Strutture Scientifiche (Dipartimenti, Centri, Servizi) ed Amministrative dell'ISS (Uffici Dirigenziali) e le Strutture di Supporto a Direzione Generale e Presidenza.

Nel corso dell'annualità 2022 si provvederà ad includere nella mappatura dei processi anche l'attività svolta dalle segreterie di Presidenza, Direzione Generale, Direzioni Centrali, ultime unità operative ancora non incluse nel lavoro di mappatura.

5.2. 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/ponderazione.

5.2.1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

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

Le Strutture dell’ISS, successivamente alla mappatura dei processi, hanno provveduto ad analizzare gli eventi di natura corruttiva che avrebbero potuto verificarsi in relazione alle fasi dei processi.

È stato scelto un livello di dettaglio più avanzato, non l’identificazione del rischio nei processi, ma l’identificazione del rischio nella fase.

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

Questo ha portato di fatto alla creazione di un “registro degli eventi rischiosi”, contenuto nell’**ALLEGATO 1 al presente Piano**.

5.2.2 ANALISI E MISURAZIONE DEL RISCHIO

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

Come già illustrato nei precedenti Piani, l'Istituto si è dotato di un proprio sistema di valutazione che è stato dapprima testato con le Strutture e poi applicato alle stesse.

La realizzazione di un proprio peculiare sistema ha dovuto tener conto della presenza nella struttura dell'ISS di realtà con modalità operative differenti nell'ambito delle attività.

La realizzazione del sistema di valutazione ha richiesto capacità di analisi della realtà operativa e di sintesi delle esigenze valutative finalizzate alla individuazione dei rischi e costituisce un ottimo risultato di *performance* attribuibile alla struttura di supporto del RPCT che lo ha ideato e realizzato pur avendo i singoli componenti ulteriori compiti lavorativi.

5.2.2.1 Il sistema di valutazione del rischio in ISS

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

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

Il sistema utilizza indici costituiti da una domanda derivante da un descrittore dell'attività .

Sono quindi stati individuati 3 indici per la probabilità di rischio in relazione alle caratteristiche della fase e 3 indici per l'impatto del rischio sulla fase stessa.

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

Sono quindi stati individuati 3 descrittori/domande per valutare **le probabilità di rischio** 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 stati 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?

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

- Alto
- Medio
- Basso

Di seguito si riporta la rappresentazione grafica complessiva del sistema di valutazione con le indicazioni per la sua applicazione pratica.

| STRUMENTO DI MISURAZIONE DEL RISCHIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---------|--|-------------|------------|---|--|---|---------|--------|---|--|---|--|
| MACROAREA | PROCESSO | n. fase | DESCRIZIONE FASE | PROBABILITÀ | Indicatori | | | IL VALORE DELLA PROBABILITÀ 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 valutati il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valutati la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B | M | A | | Come valutati l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valutati 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 valutati il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valutati la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B | M | A | | Come valutati l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valutati 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 valutati il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valutati la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B | M | A | | Come valutati l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valutati 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 valutati il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valutati la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B | M | A | | Come valutati l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valutati 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 valutati il rischio di una influenza di soggetti esterni portatori di interesse nella fase? Come valutati la complessità del processo di cui questa fase fa parte? | B | M | A | | Come valutati l'influenza di una cattiva gestione di questa fase sull'immagine/reputazione dell'ISS? Come valutati l'impatto economico della fase? A quale livello organizzativo può collocarsi la responsabilità della fase? | B | M | A | | | |

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

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

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

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

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

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

Di seguito la tabella:

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.3 LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

5.3 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

Il trattamento del rischio consiste quindi nella decisione di quali rischi debbano essere trattati prioritariamente rispetto agli altri e nell'individuare le misure che debbono essere predisposte per ridurre il rischio.

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

- misure di controllo;
- misure di trasparenza;
- misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- misure di regolamentazione
- misure di semplificazione
- misure di formazione
- misure di sensibilizzazione e partecipazione
- misure di rotazione
- misure di segnalazione e protezione
- misure di disciplina del conflitto di interessi

- misure di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari “*lobbies*”

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

Le misure generali (o obbligatorie) incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione ed intervengono in senso trasversale sull'intera amministrazione. Delle misure obbligatorie si darà conto nella PARTE SECONDA del presente Piano.

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

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

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

- Concretamente applicabili
- Monitorabili
- Che non appesantissero il processo

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

5.3.1 GLI INDICATORI DI MONITORAGGIO

Al fine di poter agire tempestivamente su una o più variabili definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure, il PNA 2019 consiglia l'utilizzo di indicatori di monitoraggio specifici per ogni tipologia di misura.

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2021 il monitoraggio di primo livello da parte delle Strutture è avvenuto nel periodo giugno/settembre.

Il monitoraggio di II livello è stato portato a termine dal RPCT nei mesi di novembre dicembre.

Nel paragrafo successivo, dedicato all'attività di riesame e monitoraggio si darà conto delle modalità in cui tale monitoraggio è stato applicato nel concreto

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

5.4 MONITORAGGIO E RIESAME DEL CICLO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Il MONITORAGGIO e RIESAME sono due fasi diverse e trasversali del ciclo anche se strettamente collegate tra loro.

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 per consentire, ove fosse necessario, di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Le due delicate fasi sono applicate in ISS attraverso lo strumento della piattaforma informatica.

Il Responsabile Anticorruzione può seguire in tempo reale l'avanzamento nella compilazione dei dati da parte delle Strutture e può, come previsto dalla normativa, monitorare costantemente l'attuazione delle misure e riesaminare ad intervalli programmati il funzionamento del sistema nel suo complesso.

5.4.1 IL MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio dell'applicazione delle misure di contenimento viene svolta in ISS in due specifici momenti.

Il monitoraggio di primo livello avviene in autovalutazione da parte dei Referenti attraverso la piattaforma. Permette un primo livello di analisi in capo alla Struttura che è chiamata ad adottare la misura.

Il monitoraggio di secondo livello viene svolto dal RPCT, coadiuvato dalla Struttura di Supporto, che verificherà la reale applicazione delle misure di contenimento proposte e valutate come applicate nella fase di autoanalisi.

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

Nel mese di giugno 2021 le Strutture dell'ISS sono state invitate ad effettuare il monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure di contenimento proposte.

Tutte le Strutture hanno inserito i relativi dati sulla piattaforma informatica entro il mese di settembre, dando specifico rendiconto della applicazione delle misure individuate o motivando la eventuale mancata applicazione; in taluni casi hanno provveduto a suggerire delle misure alternative.

Nel corso del mese di novembre 2021 il RPCT ha provveduto ad effettuare il monitoraggio di secondo livello. E' stato scelto di utilizzare la tecnica del c.d. "campionamento ragionato" (all. 1 al PNA 2019) e di analizzare, a campione per ogni Struttura, una fase di un singolo processo nella quale fosse stato individuato un rischio di livello alto o medio.

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

Le Strutture hanno partecipato attivamente all'indagine.

Nel corso dell'anno 2022 si provvederà ad effettuare nuovamente una sessione di monitoraggio di primo livello sull'applicazione delle misure (mese di giugno) ed una sessione di monitoraggio di secondo livello (mese di novembre).

5.4.2 RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITA' DEL SISTEMA NEL SUO COMPLESSO

L'attività di riesame periodico è il momento in cui dover riesaminare i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente proporre di nuovi.

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

Nel mese di giugno 2021, successivamente alla nomina del nuovo RPCT, è stato effettuato il riesame del ciclo con il necessario coinvolgimento delle Strutture ISS. Le Strutture hanno rianalizzato i loro processi dando conferma o chiedendo la modifica dei dati già presenti sulla piattaforma.

Le richieste di modifica sono pervenute da 4 Strutture:

- Dipartimento Ambiente e Salute
- Centro Nazionale Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure
- Centro Nazionale Protezione Radiazioni e Fisica Computazionale
- Ufficio Contenzioso del Lavoro, e Procedimenti disciplinari

Le modifiche hanno esclusivamente riguardato l'inclusione di nuovi processi e l'eliminazione di processi superati e sono state acquisite nella base dati della piattaforma informatica. Non sono invece state chieste modifiche relativamente all'analisi del rischio con specifico riguardo a rischi emergenti.

Nel corso del 2022 è prevista una nuova fase di riesame ed avverrà orientativamente nel secondo semestre dell'anno, tale da permettere nell'annualità successiva una ripartenza basata su dati aggiornati.

5.5 CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

Il vigente PNA raccomanda alle amministrazioni di strutturare e pubblicizzare adeguatamente forme di consultazione e comunicazione della politica di contrasto alla corruzione e degli atti in cui tale politica si sostanzia.

La finalità consiste nel sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del PTPCT, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento.

Nei confronti dei soggetti interni all'amministrazione le forme di consultazione e comunicazione hanno la finalità di raccogliere informazioni utili a migliorare la strategia di prevenzione, mediante raccolta dei contributi via *web* oppure nel corso di appositi incontri.

Si seguito si specificano le iniziative realizzate nel corso del 2021:

5.5.1 QUESTIONARIO DI PERCEZIONE DELLA CORRUZIONE

Nel PTPCT 2021-23 era stata prevista la somministrazione a tutto il personale dell'Istituto Superiore di Sanità, di un questionario sulla "percezione della corruzione", volto a realizzare una strategia di coinvolgimento dei dipendenti e con la finalità di disporre di uno strumento utile per avere la esatta percezione di cosa si intende per corruzione all'interno dell'Ente.

Nel corso del 2021 è stato definito un questionario che è stato somministrato a fine anno a tutto il personale.

Il modello di questionario è stato realizzato dalla Struttura di Supporto al RPCT con l'uso di adeguati mezzi informatici, atti sia a garantire l'anonimato dei partecipanti e che raccogliere informazioni strutturate per migliorare la strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

La piattaforma *Microsoft Office*, attraverso lo strumento *Forms*, offre la possibilità di estrapolare l'esito del questionario in varie forme, tra cui molto rappresentativa e di impatto, è quella grafica.

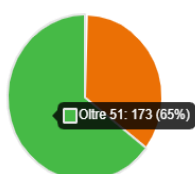
I grafici riportano i quesiti richiesti; si nota in primo luogo che la partecipazione registrata si è limitata a un 15% del totale dei dipendenti ISS.

Pur potendo questa scarsa partecipazione al questionario derivare da molteplici cause – che andranno ricercate con specifica domanda nel corso del prossimo questionario sulla percezione della corruzione - non può escludersi che essa sia sintomo del fatto che la prevenzione della corruzione e, di conseguenza, i rischi che ne derivano, sia ancora un ingranaggio poco conosciuto anche a coloro che peraltro applicano, nella realtà del loro lavoro, modalità operative che sostanziano le misure di contenimento.

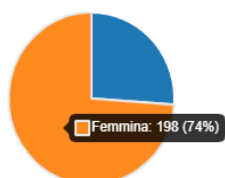
E difatti è anche che, seppur non ancora ben nota, la normativa che disciplina la materia sia reputata utile per il buon funzionamento dell'azione amministrativa.

Di seguito i grafici rappresentativi dei quesiti posti.

Fascia di età



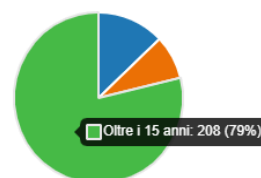
Sesso



Qualifica



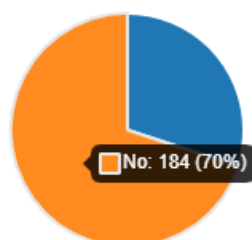
Dipendente da



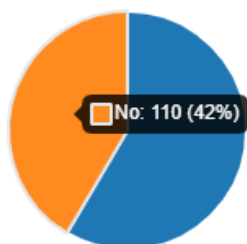
Secondo te la corruzione è un problema?



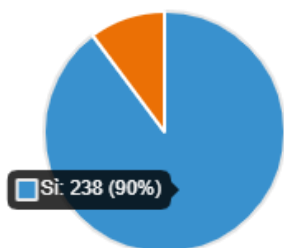
Secondo te, le dimensioni della corruzione sono tali che è ormai difficilmente conseguibile un'efficace riforma dei comportamenti amministrativi con mezzi ordinari?



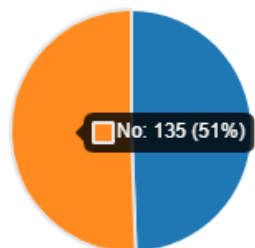
Secondo te, l'insieme dei comportamenti inadeguati, l'incompetenza diffusa, l'improvvisazione, la mancanza di professionalità idonea, può rientrare nel concetto di "corruzione"?



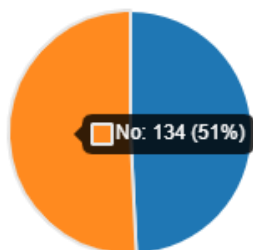
Secondo te, è utile la normativa anticorruzione?



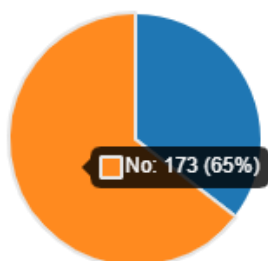
Sei a conoscenza delle attività in materia di prevenzione della corruzione in ISS?



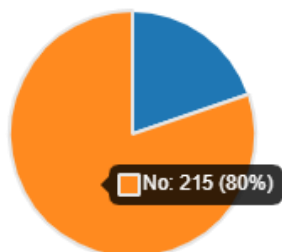
Secondo te, esiste il rischio che si realizzi un evento corruttivo all'interno della Struttura organizzativa in cui lavori?



Sei a conoscenza dello strumento del *whistleblowing* che consente di denunciare comportamenti illeciti garantendo l'anonimato?



Sai come funziona?



5.5.2 REALIZZAZIONE DEL MANUALE DI USO DELLA PIATTAFORMA INFORMATICA ANTICORRUZIONE E ISTITUZIONE DELLA CASELLA DI POSTA DEDICATA

Nel mese di luglio è stato realizzato e distribuito a Referenti e propri delegati un manuale di uso della piattaforma informatica nel quale venivano rappresentati in modo schematico e chiaro i vari passaggi dall'effettuazione del login per

accedere alla piattaforma, passando per tutte le funzionalità dello strumento, fino ad arrivare al salvataggio finale dei dati inseriti.

Con la finalità di agevolare al massimo la comprensione del meccanismo di inserimento di informazioni è stato reso disponibile anche un indirizzo di posta elettronica dedicato (piattaforma.anticorruzione@iss.it) che, gestito dal Responsabile Anticorruzione e dalla Struttura di supporto, ha consentito una costante interlocuzione con le strutture, al fine di fornire la necessaria assistenza, soprattutto nella prima fase di “rilascio” dell’applicativo con le nuove funzionalità.

5.5.3 RIUNIONI DI SUPPORTO ALLE STRUTTURE

Costanti e numerosi sono stati gli incontri tra RPCT/Struttura di Supporto e Referenti/delegati finalizzati ad una attività continua di consulenza in tutte le fasi di gestione del rischio corruttivo.

Sono stati fatti inoltre percorsi di vero e proprio affiancamento nella fase di test della piattaforma informatica.

5.5.4 PUBBLICAZIONE NEL NOTIZIARIO

Sul Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 34 n. 9/2021 è stato pubblicato un articolo dal titolo “*Rischio di corruzione: monitoraggio e gestione attraverso una piattaforma informatica*” a cura del RPCT e della sua Struttura di Supporto.

Il Notiziario è un mensile dedicato all'informazione corrente sulle attività istituzionali: sviluppi di ricerche e studi, resoconti di convegni, servizi offerti dall'Istituto. La pubblicazione è riservata al personale dell'ISS.

Il fine della pubblicazione di questo articolo è stato quello di implementare sia l'attività di coinvolgimento dei oggetti interni sia l'attività di comunicazione delle azioni intraprese e da intraprendere.

PARTE SECONDA

6. MISURE GENERALI

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

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

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

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

6.1 CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELL'ISS

L'art. 54 del D.Lgs. 165/2001 e il D.P.R. 16 aprile 2013, numero 62 prevedono che ogni Amministrazione adotti uno specifico codice di comportamento per i propri dipendenti.

Tale previsione si colloca in un contesto di regole destinate al pubblico dipendente che sono contenute in numerose norme che vanno dal rango costituzionale a quello contrattuale.

La condotta del lavoratore pubblico è, quindi, sorvegliata dall'art. 54 della Costituzione, che prevede che esso si comporti con "onore", dalle norme degli artt. 2104 (diligenza nell'esecuzione della prestazione) e 2105 (obbligo di fedeltà) del codice civile, per espressa previsione del D.Lgs. 165/2001 che detta altresì alcune norme speciali per le false attestazioni di presenza in servizio, dai contratti collettivi che contengono articoli espressamente definiti "obblighi del dipendente" e "codice disciplinare", e infine, ma non da ultimo, dal regolamento presente nel D.P.R. 62/2013 che detta regole valide per tutti i pubblici dipendenti.

Quale ulteriore ambito può residuare al codice di condotta specifico richiesto alla singola Amministrazione? La quasi totalità delle pubbliche amministrazioni ha in realtà riprodotto norme già presenti in altri testi normativi o comunque da essi desumibili.

L'ANAC ha rilevato questo fenomeno generalizzato ed ha invitato a rivedere i codici di comportamento esistenti, suggerendo di codificare e di inquadrare come regole di condotta le misure di contenimento della corruzione previste nei procedimenti monitorati da ciascuna amministrazione.

Anche l'ISS ha condotto, quindi, questa operazione di individuazione delle misure di prevenzione della "mala amministrazione" al fine di codificarne in positivo le condotte conseguenti, trasformandole in regole di condotta.

In parallelo a tale elaborazione si è posta anche l'esigenza di rivedere il codice di etica dell'Istituto da parte della Unità di bioetica dell'ISS e questo ha costituito l'occasione per coordinare i due testi.

Si è quindi creata l'opportunità di elaborare un codice di condotta che, declinando in forma individuale le misure generali che investono la politica generale dell'ente e individuando alcuni comportamenti attesi derivanti dalle misure di contenimento della corruzione comuni a più procedimenti, costituirà

un punto di equilibrio tra le misure già previste nei numerosi testi normativi che si occupano di condotta individuale e le specifiche esigenze dell'ISS.

Il nuovo testo, in particolare, si occuperà di enunciare sia le regole di condotta sia i valori che devono orientare l'attività di tutti i dipendenti dell'ISS, indipendentemente dalla posizione ricoperta o dal tipo di contratto in essere, e questo oltre che nei rapporti interni con gli altri dipendenti e collaboratori, anche e soprattutto nei rapporti con la collettività.

La scelta che si intende operare è quella di ribadire che da parte di tutti coloro che operano alle dipendenze dell'ISS ci si attende che la propria condotta non sia contenuta in una minima diligenza formale, ma che essa risponda ai più alti canoni comportamentali, e questo, in coerenza con quanto previsto dal concetto di onore nello svolgimento della propria attività.

A tal fine sarà reso esplicito che ogni dipendente rappresenta l'immagine dell'ente nei confronti dei collaboratori esterni e della collettività ed è quindi tenuto a dimostrare i più alti canoni di integrità, onestà intellettuale e correttezza nello svolgimento delle proprie attività esecutive o professionali.

In particolare la correttezza nello svolgimento delle proprie attività professionali comprende il dovere di incorruttibilità e riservatezza.

Sarà espressamente previsto che ogni dipendente debba sempre agire in conformità alle procedure interne, con particolare riguardo alle procedure previste per la prevenzione della corruzione, per l'integrità della ricerca e per il rispetto del trattamento dei dati personali.

In tale ottica si intende porre l'accento sul concetto di responsabilità individuale, esplicitando che ogni dipendente è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dei risultati dell'Ente in conformità con i piani di attività periodici, e che ogni dipendente si assume la responsabilità delle proprie decisioni e delle conseguenze delle proprie azioni, utilizzando l'opportuna cautela nelle comunicazioni esterne su argomenti che rientrano nella propria area di competenza.

La responsabilità individuale implica la salvaguardia, la riservatezza e l'uso corretto, efficace ed efficiente delle risorse messe a disposizione dall'ISS.

Particolarmente verrà ribadita l'esigenza che l'azione di ogni dipendente sia sempre improntata all'imparzialità e professionalità assicurando che le espressioni di opinioni e convinzioni personali, qualora possano porsi in conflitto con le politiche dell'ISS, siano palesemente evidenziate come tali e che comunque le opinioni personali non dovranno compromettere l'adempimento dei propri



compiti istituzionali o lavorativi, pregiudicando l'attività generale dell'Ente così come essa è regolamentata dallo Statuto, dai Regolamenti e dai Piani di Attività.

Particolare attenzione verrà rivolta al delicato tema del rispetto personale nell'ambiente di lavoro, ribadendo come, oltre ad evitare qualsiasi forma di discriminazione basata su sesso, orientamento religioso, cittadinanza, origine nazionale, età, stato civile, responsabilità e scelte familiari, gravidanza, orientamento sessuale o disabilità, il dipendente dell'ISS debba anche attivarsi per scoraggiare attivamente sia tali possibili forme di discriminazione, sia qualunque forma di molestia, comprese quelle verbali, non verbali o scritte.

In tema di impegno professionale si ribadirà il principio di responsabilità e il principio dell'impegno a salvaguardare la politica e la reputazione dell'ISS e, nell'ambito di procedimenti che richiedono scelte collegiali, si prevederà che ogni dipendente si attenga lealmente alle decisioni del collegio anche in caso di dissenso dalla decisione finale, dissenso che sarà comunque garantito e reso evidente mediante la tracciabilità della decisione.

In tema di trasparenza dell'attività, che costituisce la misura generale della prevenzione della corruzione, verrà infatti codificata la piena tracciabilità dei processi decisionali di cui ogni dipendente è parte o responsabile, attraverso un adeguato supporto documentale al fine di poter consentire in ogni momento l'effettuazione di accertamenti sulle caratteristiche e le motivazioni delle decisioni adottate

Con specifica previsione si porrà l'attenzione al rispetto delle misure e delle procedure poste in essere in materia di sicurezza degli uffici prevedendo che la partecipazione agli incontri di formazione e informazione regolarmente pianificati costituisca un preciso dovere dei dipendenti ISS.

Specifiche previsioni saranno elaborate in tema dei diritti umani nelle attività di Ricerca Scientifica e negli Interventi di Sanità Pubblica, per cui tutti i ricercatori dell'ISS impegnati in progetti di ricerca che coinvolgano soggetti umani o campioni biologici devono assicurare che la propria attività sia condotta nel rispetto della dignità, della sicurezza e dei diritti dei partecipanti e devono garantire la piena attuazione del rigore metodologico necessario a sostenere l'obiettività e la veridicità delle osservazioni.

Nel corso del 2022 si intende quindi procedere alla redazione in tali termini del nuovo codice di condotta ed alla redazione del nuovo codice di etica con un

processo partecipato al fine di acquisire ogni utile contributo dagli stessi dipendenti e dai vari portatori di interesse; l'obiettivo è giungere nell'anno alla adozione e messa in vigore dei regolamenti coordinati,

6.2 MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

La prevenzione e la gestione del conflitto di interesse rappresenta, per ogni istituzione che curi interessi pubblici, una priorità per garantire l'imparzialità e l'obiettività delle decisioni e, più in generale, l'utilizzo etico delle risorse e l'integrità del sistema; in particolare l'attività dell'ISS deve essere, ed essere percepita dall'opinione pubblica, adeguata a garantire standard elevati di imparzialità, obiettività e integrità.

La gestione efficace dei conflitti di interesse è quindi un elemento essenziale di questa garanzia perché il perseguimento dell'interesse pubblico, ovvero la tutela della salute in tutte le sue forme, deve essere incondizionato e prevalere sempre su qualsiasi altro interesse o vantaggio secondario e personale.

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 del Direttore Generale n. 55/19 del 07/11/2019 un gruppo di lavoro per l'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...*".

Il documento "*Regolamento per la gestione del conflitto di interessi dell'Istituto Superiore di Sanità*", elaborato dal predetto gruppo di lavoro, è stato sottoposto all'attenzione del Consiglio di Amministrazione (C.d.A.) dell'Ente nella seduta del 30 luglio 2020, dopo esser stato positivamente licenziato dal Comitato Scientifico nella seduta del 28 luglio 2020.

Il C.d.A. in quell'occasione ha stabilito che le regole di condotta contenute nel Regolamento fossero oggetto di un periodo di adozione sperimentale volto a

valutare l'impatto delle stesse nella vita istituzionale dell'Ente e la loro effettività.

Tale fase di sperimentazione, pur avendo richiesto un periodo più lungo rispetto a quello originariamente previsto anche, e principalmente a causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da SARS CoV-2, ha evidenziato l'opportunità di alcune modifiche e della preferenza per un unico documento che contenga la disciplina del conflitto d'interessi nel più ampio quadro del codice di comportamento

6.3 AUTORIZZAZIONI 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

6.3.1 LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

L'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 prevede la possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati mediante 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*. La l. 190/2012 ha aggiunto 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).

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 prevede l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di comunicare gli incarichi autorizzati all'Anagrafe delle Prestazioni istituita presso il Dipartimento della Funzione Pubblica, 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 remunerazioni 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.

6.3.2 LE PROCEDURE ADOTTATE

L'Ufficio trattamento giuridico del personale e relazioni sindacali, individuato quale ufficio competente, 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 una ulteriore dichiarazione del capo Struttura che confermi responsabilmente la assenza di conflitto o di incompatibilità.

6.3.3 VERIFICA E MONITORAGGIO DELLE PROCEDURE

6.3.3.1 Attività di verifica

Il medesimo ufficio effettua la *verifica* sulle dichiarazioni e il *monitoraggio* circa il corretto adempimento delle procedure.

La verifica consiste in:

- Esistenza della presa di visione e dell'assenso da parte del Direttore della Struttura di appartenenza;
- Insussistenza di elementi di incompatibilità;

L'ufficio coinvolge il *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.

L'attività di verifica si è particolarmente soffermata sulle richieste di autorizzazioni ad incarichi – ed in particolare alla partecipazione a gruppi di lavoro o a tavoli di approfondimento e confronto - che possano interferire sulla attività di controllo dei medicinali ed in particolare sulla attività di sorveglianza su potenziali reazioni avverse ai vaccini.

In questo caso si rende necessario contemperare la necessità di avvalersi della collaborazione delle più alte professionalità con l'imparzialità dei risultati del lavoro, anche al fine di salvaguardare l'immagine e la professionalità degli stessi gruppi o tavoli di lavoro.

Si è di conseguenza ritenuta indispensabile una specifica misura di trasparenza e pubblicità, consistente in una 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.

Va rilevato, come elemento di novità frutto del monitoraggio sulla attuazione delle misure, che costituisce l'elemento centrale nella predisposizione del presente documento, che si è proceduto ad una specifica richiesta (monitoraggio di 2° livello) finalizzata alla gestione, da parte del competente Ufficio, della verifica in concreto sulla insussistenza di specifiche incompatibilità di diritto e di fatto e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.

In tale contesto, è stato chiesto al medesimo Ufficio, copia della documentazione che comprovi la avvenuta verifica, con la eventuale richiesta di documentazione a supporto, laddove si siano resi necessari chiarimenti ovvero la integrazione della documentazione, e, infine, il documento che attesti l'avvenuto rilascio o diniego della prescritta autorizzazione.

6.4 INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI

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

Di conseguenza la titolarità degli incarichi non è consentita a chi si sia macchiato di gravi reati, a chi occupi altri incarichi indicati espressamente dalle norme o svolga attività che, se pur non tipizzate, possano generare situazioni conflittuali con gli interessi pubblici.

6.4.1 INCOMPATIBILITÀ

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

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

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

6.4.2 INCONFERIBILITA'

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

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

6.4.3 RIMEDI

La riduzione del rischio della esistenza di situazioni di incompatibilità o inconferibilità è individuata dal già citato Dlgs 39/2013 in prima istanza nella autodichiarazione del soggetto cui è conferito l'incarico⁶.

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

Nel periodo di vigenza del presente Piano il RPCT procederà alla acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità, cui sarà unito l'elenco degli incarichi ricoperti dal soggetto cui è conferito l'incarico.

⁶ Prevede infatti la norma (art.20) che *“All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità di cui al presente decreto. 2. Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui al presente decreto. 3. Le dichiarazioni di cui ai commi 1 e 2 sono pubblicate nel sito della pubblica amministrazione, ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico che ha conferito l'incarico. 4. La dichiarazione di cui al comma 1 è condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico. 5. Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dalla stessa amministrazione, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al presente decreto per un periodo di 5 anni”*

Le dichiarazioni vengono pubblicate nella sezione Amministrazione trasparente, sotto sezione “Personale” - “Dirigenti”.

6.5 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO (PANTOUFLAGE)

La disciplina del c.d. “*pantouflage*” come noto, trova la sua fonte nell’art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività 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 potrebbero precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso un soggetto privato con cui siano entrati in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

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

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 2021 si è proceduto alla verifica della applicazione da parte degli Uffici amministrativi competenti della previsione normativa, ed analogamente si procederà nel corso di vigenza del presente Piano.

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

Di immediata applicazione è la previsione di cui all'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012 per il caso di formazione di Commissioni di gara e assegnazione agli uffici nei casi di condanna per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del Codice penale. A tal fine è stato risulta necessario, tramite la competente Direzione Centrale delle Risorse Umane, di:

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

Per il periodo di vigenza del presente Piano si procederà, come già avvenuto in passato, alle verifiche così come individuate nel presente paragrafo.

6.7 ROTAZIONE DEL PERSONALE

Nel quadro generale delle azioni di prevenzione della corruzione, la rotazione del personale è tra gli strumenti ritenuti maggiormente efficaci. Si tratta, tuttavia,

di una misura che deve coniugare esigenze di natura organizzativa a quelle più specificatamente finalizzate alla prevenzione della corruzione.

Il principio della “rotazione” costituisce una misura obbligatoria di prevenzione della corruzione con lo scopo di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

6.7.1 La misura della rotazione ordinaria in ISS

La rotazione ordinaria del personale nella realtà dell'Istituto deve essere declinata diversamente per l'articolazione tecnico-scientifica e per l'articolazione amministrativa.

Nell'ambito dell'articolazione tecnico-scientifica inoltre confluiscono professionalità scientifiche e professionalità tecniche.

Professionalità scientifiche (ricercatori)

I ricercatori e parte dei 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.

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 testimonia dell'alta professionalità delle figure di che trattasi.

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

Purtuttavia per alcune attività specifiche svolte dal personale scientifico nella loro qualità di “esperti” si è ritenuto di dover prevedere un sistema di rotazione. Tali attività sono:

- Emissione di pareri

- Attività ispettiva
- Incontri tecnici e commissioni
- Procedure autorizzative e certificative
- Consulenze tecnico scientifiche
- Tavoli di lavoro

Il monitoraggio dell'applicazione di tale misura ai sopra elencati processi è avvenuto dapprima, in prima analisi, da parte del Capo Struttura ed in seconda analisi da parte del Responsabile Anticorruzione.

Personale tecnico:

Anche per buona parte del personale tecnico 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.

Nel caso del personale tecnico sono previste 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 e avendo cura di favorire la trasparenza interna delle attività.

Personale amministrativo:

Le attività amministrative dell'ISS, 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, tuttavia è evidente che le professionalità amministrative rispetto a quelle scientifiche sono meno vincolanti nell'ottica della rotazione del personale.

La rotazione ordinaria del personale amministrativo non dirigenziale dovrà avvenire secondo criteri generali che non potranno non essere oggetto di consultazione con le rappresentanze dei lavoratori.

Tali criteri generali distingueranno tra la rotazione all'interno dello stesso ufficio o tra uffici diversi nell'ambito della stessa amministrazione.

Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. “funzionale”, ossia con un’organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti ed in particolare ai responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie; applicando anche la rotazione dei funzionari che facciano parte di commissioni interne all’ufficio o all’amministrazione.

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

Nel corso del 2022 si opererà quindi al fine di avviare il percorso per l’individuazione dei criteri generali favorendo nel contempo modalità organizzative finalizzate alla condivisione delle fasi procedurali, attraverso l’attuazione di una corretta articolazione dei compiti e delle competenze avendo comunque cura, da parte dei dirigenti degli uffici, di evitare la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto con il rischio che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce.

Infine per quanto riguarda la figura dei Responsabili Unici del Procedimento nel corso del 2022 su di essi la misura della rotazione verrà facilitata attraverso l’ampliamento del numero dei dipendenti in grado di svolgere le funzioni di RUP anche con il ricorso alla formazione continuativa, con accesso a corsi specifici.

Rotazione del personale dirigenziale

Nel corso già del 2021 ma anche più ampiamente del triennio di vigenza del presente Piano, per effetto dell’avvenuto o del prossimo pensionamento di numerosi dirigenti amministrativi la rotazione del personale con qualifica di dirigente amministrativo non raggiungerebbe alcuna delle finalità per cui è prevista.

Attualmente sono infatti in servizio 5 dirigenti su 10 posizioni disponibili che diventeranno 4 (e tale numero potrebbe diminuire ancora a legislazione vigente) nel 2022 e 3 nel corso del triennio.

L’attuazione del piano di assunzioni, con la auspicabile realizzazione di una nuova struttura dirigenziale sarà il necessario presupposto della rotazione di tale personale.

La rotazione straordinaria

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

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

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

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

6.8 TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

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

Il *whistleblowing* è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il *whistleblower*. Lo scopo principale del *whistleblowing* è quello di prevenire o risolvere un problema tempestivamente.

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.

La procedura informatica, che si affianca alla ricezione delle segnalazioni in via esclusivamente "cartacea" è disponibile nel sito istituzionale dell'Ente (sezione "amministrazione Trasparente" sotto sezione "altri contenuti" – "Prevenzione della corruzione")

Nel corso del 2021 sono state effettuati accessi simulati per la verifica della funzionalità della piattaforma, che hanno dato esito positivo.

È da rilevare che nel corso del 2021 **non** sono pervenute segnalazioni.

6.9 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 l’ISS ha avviato contatti con la SNA per la predisposizione di una specifica convenzione con l’ISS.

A causa delle complicazioni legate alla pandemia da coronavirus, l’Ufficio non ha potuto rendere operativa detta Convenzione.

Slitta quindi al 2022 la realizzazione di un corso *e.learning* in materia di anticorruzione e trasparenza dedicato a tutto il personale ISS da realizzare con la SNA o con altra società fornitrice di formazione sulla materia.

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

6.10 PATTI DI INTEGRITÀ E RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE

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

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

I controlli previsti sulla attuazione della presente misura, nonché la attivazione delle eventuali azioni di tutela previste dai protocolli, sono demandati al competente ufficio amministrativo, che dovrà fornire una analitica relazione sull'attività svolta.

Ai fini di una maggiore efficacia degli strumenti messi a disposizione del Legislatore per la prevenzione di fenomeni corruttivi nell'ambito degli affidamenti di contratti, si è intrapresa una interlocuzione con il competente Ufficio Amministrativo per la stipula, in aggiunta al patto di integrità sopra citato, di un protocollo di legalità. La definizione di tale strumento dovrebbe concludersi nel corso di vigenza del presente Piano, con la relativa individuazione dei caratteri costitutivi del protocollo da utilizzarsi negli appalti pubblici indetti dall'Ente.

Si fa presente – da ultimo – che, 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.

PARTE TERZA

7. 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 portale istituzionale assicura la piena accessibilità delle informazioni pubblicate e i dati personali pubblicati rispettano il principio di non eccedenza.

7.1 LA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”

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.

Nella sezione “Amministrazione Trasparente”, accessibile come voce di menu dall'indirizzo <https://amministrazionetrasparente.iss.it/> sono pubblicati i dati previsti dalla normativa vigente, conformemente a quanto indicato nella Delibera ANAC n. 1310/2016.

Sono state garantite la tempestività nella pubblicazione delle informazioni e dei dati e la trasparenza dei criteri di validità.

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. 294 del 13/04/2021 dell'ANAC, l'Organismo Indipendente di Valutazione ha proceduto alla verifica, con esito positivo, circa la completezza dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, utilizzando la griglia di rilevazione che la stessa ANAC ha predisposto per l'annualità 2021.

L'attestazione tiene conto dello stato di pubblicazione dei dati al **31.05.2021**.

Le sottosezioni prese in esame in questo contesto sono state:

- PERFORMANCE (art. 20)
- BILANCI (art. 29)
- BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO (art. 30)
- CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE (art. 31)

- BANDI DI GARA E CONTRATTI (art. 37)
- INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA (art. 42)

Nel corso dell'anno 2021 si è continuato a popolare la sezione “*Amministrazione Trasparente*” inserita all'interno del nuovo Portale istituzionale iss.it, garantendo, in tal modo, l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013.

7.2 DEFINIZIONE DEI FLUSSI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI ED INDIVIDUAZIONE DEI RESPONSABILI

| SCHEMA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI CON INDICAZIONE DELLE STRUTTURE RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------|
| DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO I (Macrofamiglia) | DENOMINAZIONE SOTTO SEZIONE LIVELLO II (Tipologia di dati) | AGGIORNAMENTO | STRUTTURA RESPONSABILE TRASMISSIONE DATI | RESPONSABILE PUBBLICAZIONE DATI |
| Disposizioni generali | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati | Annuale | R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Funzionario incaricato |
| | Atti Generali | Tempestivo | DIREZIONE GENERALE - DIREZIONE CENTRALE AFFARI GENERALI - DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE | Funzionario incaricato |
| Organizzazione | Titolari di incarichi politici di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali | Tempestivo/Annuale | DIREZIONE GENERALE | Funzionario incaricato |
| | Sanzioni per mancata comunicazione dei dati | Tempestivo | R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Funzionario incaricato |
| | Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali | La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS | _____ | _____ |
| | Articolazione degli uffici | Tempestivo | DIREZIONE GENERALE | Funzionario incaricato |
| | Telefono e posta elettronica | Tempestivo | DIREZIONE GENERALE | Funzionario incaricato |
| Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Tempestivo | PRESIDENZA DIREZIONE GENERALE DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE DIREZIONE CENTRALE AFFARI GENERALI | Funzionario incaricato |

| | | | | |
|--------------------------|--|--------------------|---|---|
| Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi d vertice | Tempestivo/Annuale | DIREZIONE GENERALE PRESIDENZA | Funzionario incaricato |
| | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Tempestivo/Annuale | DIREZIONE GENERALE | Funzionario incaricato |
| | Responsabili di Dipartimento, Centri Nazionali e Servizi tecnico-scientifici | Tempestivo/Annuale | DIREZIONE GENERALE | Funzionario incaricato |
| | Dotazione organica | Annuale | Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali | Funzionario incaricato |
| | Personale non a tempo indeterminato | Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Tassi di assenza | Trimestrale | Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali | Funzionario incaricato |
| | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Tempestivo | Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali | Funzionario incaricato |
| | Contrattazione collettiva | Tempestivo | Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali | Funzionario incaricato |
| | Contrattazione integrativa | Tempestivo/Annuale | Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali | Funzionario incaricato |
| | OIV | Tempestivo | Segreteria OIV | Funzionario incaricato |
| Bandi di concorso | | Tempestivo | Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione | Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione e Funzionario incaricato |
| Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Tempestivo | Direzione Generale | Funzionario incaricato |
| | Piano della Performance | Tempestivo | Direzione Generale | Funzionario incaricato |
| | Relazione sulla Performance | Tempestivo | Direzione Generale | Funzionario incaricato |
| | Ammontare complessivo dei premi | Tempestivo | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Dati relativi ai premi | Tempestivo | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| Enti controllati | Enti pubblici vigilati | Tempestivo/Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Società partecipate | Tempestivo/Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Enti di diritto privato controllati | Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Rappresentazione grafica | Tempestivo/Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |

| | | | | |
|---|---|--------------------|--|--|
| Attività e procedimenti | Tipologie di procedimento | Tempestivo | Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento | Funzionario incaricato |
| | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Tempestivo | Singolo Responsabile delle tipologie di procedimento | Funzionario incaricato |
| Provvedimenti | Provvedimenti organi indirizzo- politico | Semestrale | Segreteria C. d. A. | Funzionario incaricato |
| | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Semestrale | Responsabile che emana l'atto | Funzionario incaricato |
| Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Tempestivo/Annuale | Ufficio contratti | Ufficio contratti e Funzionario incaricato |
| | Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura | Tempestivo | Ufficio contratti | Ufficio contratti e Funzionario incaricato |
| Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Criteri e modalità | Tempestivo | DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE | Funzionario incaricato |
| | Atti di concessione | Tempestivo | Ufficio progetti e convenzioni | Funzionario incaricato |
| Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Tempestivo | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio | Tempestivo | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| Beni immobili e gestione patrimonio | Patrimonio immobiliare | Tempestivo | Ufficio logistica, progettazione e manutenzione | Funzionario incaricato |
| | Canone di locazione o affitto | Tempestivo | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Tempestivo/Annuale | Segreteria OIV | Funzionario incaricato |
| | Organismi di revisione amministrativa e contabile | Tempestivo | Segreteria Collegio dei Revisori | Funzionario incaricato |
| | Corte dei conti | Tempestivo | Direzione Generale | Funzionario incaricato |
| Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità | Tempestivo | Singolo Responsabile dei servizi erogati | Funzionario incaricato |
| | Class action | Tempestivo | Affari istituzionali e giuridici | Funzionario incaricato |
| | Costi contabilizzati | Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Liste di attesa | Tempestivo | Link a CNT e CNS | ----- |

| | | | | |
|--|---|--|--|------------------------|
| Pagamenti dell'amministrazione | Dati sui pagamenti | Annuale | Ufficio bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale | Funzionario incaricato |
| | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS | ----- | ----- |
| | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Annuale | DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE | Funzionario incaricato |
| | IBAN e pagamenti informatici | Tempestivo | DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE | Funzionario incaricato |
| Opere pubbliche | Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici | Tempestivo | DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE | Funzionario incaricato |
| | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Tempestivo | Segreteria C. d. A. | Funzionario incaricato |
| | Tempi e costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Tempestivo | Ufficio logistica, progettazione e manutenzione | Funzionario incaricato |
| Pianificazione e governo del territorio | | La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS | ----- | ----- |
| Informazioni ambientali | | Tempestivo | Responsabile Struttura scientifica/amm.va interessata | Funzionario incaricato |
| Strutture sanitarie private accreditate | | La fattispecie non rientra nelle attribuzioni istituzionali previste dalla normativa vigente per l'ISS | ----- | ----- |
| Interventi straordinari e di emergenza | | Tempestivo | DIREZIONE GENERALE | Funzionario incaricato |
| Altri contenuti | Corruzione | Tempestivo Annuale | R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Funzionario incaricato |
| | Accesso civico | Tempestivo | R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - Ufficio affari generali | Funzionario incaricato |
| | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Annuale | Vedi BANCHE DATI PUBBLICHE | Funzionario incaricato |
| | Dati ulteriori | Annuale | | Funzionario incaricato |

Di seguito, in una prima tabella il dettaglio dei nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dati, nella seconda tabella il dettaglio delle banche dati pubbliche.

Tabella 1

| | |
|---|---|
| R.P.C.T. - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | Dott. Antonio CALIENDO |
| DIREZIONE CENTRALE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE | Dott.ssa Rosa Maria MARTOCCIA |
| DIREZIONE CENTRALE AFFARI GENERALI | Dott.ssa Claudia MASTROCOLA |
| Funzionario incaricato | Dott. Mario IACOBONE |
| Ufficio trattamento giuridico del personale a tempo indeterminato e determinato e relazioni sindacali | Dott. Marco DES DORIDES |
| Ufficio contratti | Dott. Alessandro VALENTE |
| Ufficio reclutamento, borse di studio e formazione | Dott. Stefano DI Matteo |
| Ufficio logistica, progettazione e manutenzione | Arch. Giovanni CARABOTTA |
| Uff. bilancio, ragioneria e affari fiscali, trattamento economico del personale - Segreteria Collegio dei Revisori - Segreteria OIV | Dott.ssa Rosa Maria MARTOCCIA (Interim) |
| Ufficio Affari Istituzionali e Giuridici - Ufficio Affari Generali - Segreteria C.d.A. | Dott.ssa Claudia MASTROCOLA (Interim) |

Tabella 2

| |
|---|
| <i>Perla PA</i> |
| <i>Patrimonio della PA</i> |
| <i>ANAC</i> |
| <i>SICO - Sistema conoscitivo del personale dipendente delle AA.PP.</i> |
| <i>PCM - Funzione Pubblica: Censimento auto di servizio</i> |
| <i>BDAP - Banca dati Amministrazioni Pubbliche</i> |

7.3. BILANCIAMENTO TRA TRASPARENZA E PRIVACY

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

A tal fine si è ritenuto necessario avviare una idonea attività di interlocuzione e di confronto con il RPD volta a verificare che sul sito di “*Amministrazione Trasparente*” ci sia il compiuto rispetto delle regole imposte dalla legge per tutti i dati pubblicati e ritenuti “sensibili”.

La collaborazione, che nel corso del 2021 è stata costante e proficua, ha portato al perfezionamento di alcuni modelli di dichiarazioni rese dai dipendenti ed all’adeguamento di alcune sezioni del sito nonché alla rimozione di eventuali documenti che potessero andare in contrasto con la normativa vigente.

La supervisione dell’RPD sul rispetto alla normativa in materia di *privacy* ha contribuito al delicato bilanciamento tra trasparenza e privacy.

7.4 ACCESSO CIVICO SEMPLICE ED ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente nella seduta dell'11/04/2018 ha adottato il *“Regolamento concernente la disciplina dell'accesso civico semplice e generalizzato di cui all'art. 5, commi 1 e 2 del D.Lgs. n.33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016”*.

In ottemperanza a quanto disposto dalla circolare della funzione pubblica n.2/2017 *“Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”* integrata successivamente dalla circolare n. 1/2019, ed in linea con quanto indicato nella delibera ANAC 1309/2016, l'Ufficio Affari Generali, competente per la materia, ha assicurato il costante e completo aggiornamento del registro degli accessi e la sua pubblicazione con cadenza semestrale nell'apposita sezione del sito ISS *“Amministrazione Trasparente”*.

Nel corso dell'anno si è proseguito con l'aggiornamento del Registro degli accessi avendo cura di riscontare le istanze di accesso pervenute.

Con la collaborazione dell'ufficio Informatico e grazie al nuovo *software* del protocollo “NUMIX” si sta procedendo a garantire un processo informatizzato di elaborazione del registro, anche al fine di snellire il relativo procedimento di realizzazione.

Si tenga conto – peraltro – che, a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, le istanze di accesso legate ad informazioni relative alla diffusione del virus hanno avuto una crescita esponenziale; in tale contesto la adozione di una procedura informatica apporterà sicuramente significativi benefici nella realizzazione del registro.

Occorre rilevare, che l'Istituto si è dotato di una specifica sezione nel proprio sito istituzionale, dedicato alle richieste di accesso ai dati Covid-19 disciplinati dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile (OCDPC) n.691/2020.

L'Ente ha in tal senso predisposto una apposita nota esplicativa attraverso la quale si informa il cittadino del fatto che l'Istituto Superiore di Sanità è deputato alla Sorveglianza Integrata Covid-19 in forza dell'OCDPC 640/20 del 27 febbraio 2020 e del fatto che, tale attività è svolta ai fini del monitoraggio dei contagi, del supporto per le scelte di programmazione sanitaria del Ministero della Salute ed a sostegno delle decisioni di indirizzo politico del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Nell'ambito delle attività sopra descritte l'Ente ha sempre posto a disposizione i dati raccolti nell'ambito della Sorveglianza Integrata Covid-19 nel rispetto delle Ordinanze n. 640/2020 n. 691/2020 OCDPC, predette.

In particolare l'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 691 del 4 agosto 2020, prevede che si possano comunicare i dati raccolti ai centri di competenza nell'ambito scientifico e di ricerca, nonché verso enti di particolare rilevanza scientifica, nazionali ed internazionali, e, verso le pubbliche amministrazioni, la comunicazione dovrà avvenire in forma aggregata o con modalità di pseudonimizzazione con doppio codice random.

L'accesso a tali dati può essere richiesto per motivi scientifici e di ricerca che devono essere sempre specificati compilando un modulo *ad hoc*, disponibile sul sito *web* dell'Ente.



8 MONITORAGGIO E CONTROLLI

Nel corso del 2022 andrà definitivamente a regime il sistema di monitoraggio dell'applicazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo di cui si è detto in precedenza.

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

Per queste ultime ci si avvarrà anche della collaborazione dei competenti Uffici Amministrativi.

Per le misure specifiche, verrà assicurata l'effettuazione di controlli a campione sulla reale e concreta applicazione delle misure di contenimento indicate nella piattaforma, anche mediante richiesta di documentazione a supporto.

9 DISPOSIZIONI FINALI

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

Si è provvederà – altresì - all'inserimento dei dati relativi alla adozione del Piano nella piattaforma informatica messa a punto dall'ANAC (piattaforma *online* esistente sul sito dell'ANAC).

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.