



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

**RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E
INTEGRITA' DEI CONTROLLI INTERNI SULLA PERFORMANCE RELATIVA ALL'ANNO 2022**

(art.14, comma 4, lett. a) del D.lgs. 150/2009 e s.m.i. e circolare CIVIT n. 23/2013)

Indice

1. Presentazione	3
2. Misurazione e valutazione della Performance	4
2.1 Performance Organizzativa	4
2.2 Performance Individuale	6
2.3 Processo di attuazione del ciclo della performance.....	7
2.4 Infrastruttura di supporto	9
2.5 Utilizzo dei risultati del ciclo di misurazione e valutazione	111
2.6 Coerenza con la programmazione economico finanziaria.....	12
3. Sistemi informativi ed informatici a supporto del PIAO e dell'attuazione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità per il rispetto degli obblighi di pubblicazione	13
4. Definizione e gestione degli standard di qualità	16
5. Conclusioni e criticità del Sistema	18

1. Presentazione

L'Istituto Superiore di Sanità è l'organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale ed EPR vigilato dal Ministero della Salute (D.lgs. n.218/2016) con autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile.

In coerenza con la sua missione, definita nello Statuto (DM 24 ottobre 2012 come aggiornato in adeguamento al D.lgs. 218/2016 con la delibera n.1 del Consiglio di Amministrazione del 26 luglio 22), l'Istituto promuove e tutela la salute pubblica attraverso attività di ricerca, controllo, consulenza, regolazione, formazione e informazione, agendo nell'ambito di grandi macroaree di intervento che coprono tutti i domini della salute pubblica.

L'Istituto Superiore di Sanità, inoltre, opera anche in ambito europeo e più in generale internazionale, pertanto, le sue attività sono necessariamente inquadrare tenendo conto delle linee di ricerca programmatiche dell'Unione Europea (UE).

Intrattiene, infine, collaborazioni e consulenze con le principali istituzioni impegnate nella tutela della salute, il Ministero della Salute, le Regioni, le Aziende Sanitarie locali e le Aziende Ospedaliere; nonché collabora con le autorità competenti per l'elaborazione e l'attuazione della programmazione sanitaria e scientifica e per la formazione dei piani sanitari.

L'art. 14, comma 4, lett. a) del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 affida agli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance (OIV) il compito di monitorare il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, elaborando a tal fine una relazione annuale sullo stato dello stesso.

La presente relazione espone le principali evidenze oggetto del monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni dell'Istituto Superiore di Sanità per l'anno 2022, in conformità con le suddette disposizioni, ponendo in evidenza gli aspetti positivi e negativi, nonché le proposte per l'integrazione e per lo sviluppo.

Va evidenziato che il 20 dicembre 2021 è giunto a termine il mandato triennale del precedente OIV, - nominato con decreto del Presidente n.21/2018 -, del 21 dicembre 2018. È stata pertanto avviata una procedura comparativa per l'individuazione del nuovo OIV, in formato collegiale, dell'ISS. Tale procedura si è conclusa nel secondo trimestre del 2022, con il decreto di nomina dei componenti del nuovo OIV n.77/2022 del 23.05.2022. Pertanto, l'Organismo Indipendente di Valutazione ha avviato le proprie attività, in sostituzione del precedente, nel secondo semestre del 2022.

L'anno 2022 dell'Istituto Superiore di Sanità è stato comunque condizionato dal persistere delle attività legate alla pandemia da COVID-19, in particolare le attività inerenti alla circolazione delle varianti del virus; quanto premesso ha inevitabilmente condizionato lo svolgimento dell'attività lavorativa dei dipendenti, i quali, lì dove possibile, hanno usufruito del lavoro agile.

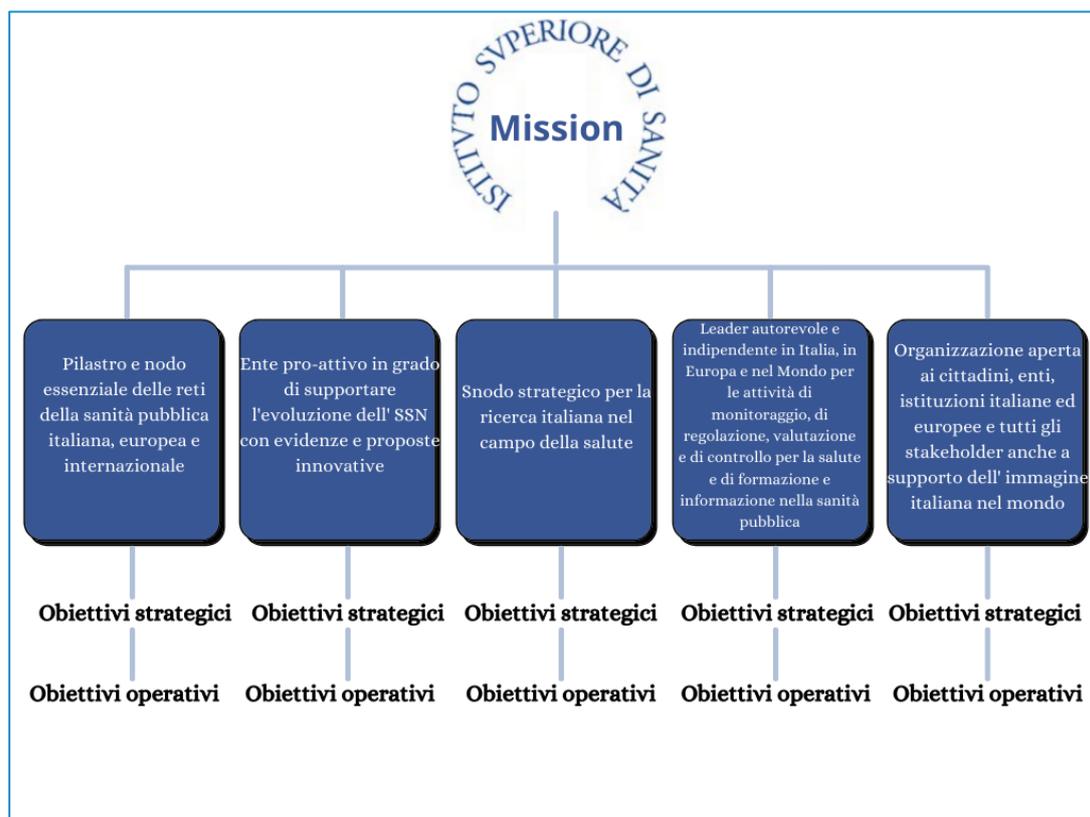
Sulla base della richiamata complessità, con il presente documento, l'OIV procede nel presentare valutazioni e suggerimenti utili al miglioramento continuo degli strumenti per garantire l'operatività del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni sulla performance.

2. Misurazione e valutazione della Performance

2.1 Performance Organizzativa

La performance organizzativa del 2022 è frutto di un lungo lavoro di condivisione con le strutture dell'Ente e di un'approfondita analisi legata all'andamento storico della performance degli ultimi anni. Inoltre, in questo anno è stato dato risalto ed attenzione al tema della creazione del valore pubblico da parte dell'Istituto. Il punto cardine che ha guidato i Piani della Performance degli ultimi anni è rappresentato dai 5 pilastri dell'Istituto Superiore di Sanità sotto riportati, ossia specifiche aree strategiche, nelle quali sono concentrate attività e servizi riferiti alle seguenti macroaree:

- Ricerca
- Attività istituzionali
- Sorveglianze
- Formazione
- Informazione
- Organizzazione



Nell'ambito dei singoli pilastri sono individuati gli obiettivi strategici dell'Istituto su base triennale, a loro volta declinati in uno o più obiettivi annuali, definendo per ciascuno di essi:

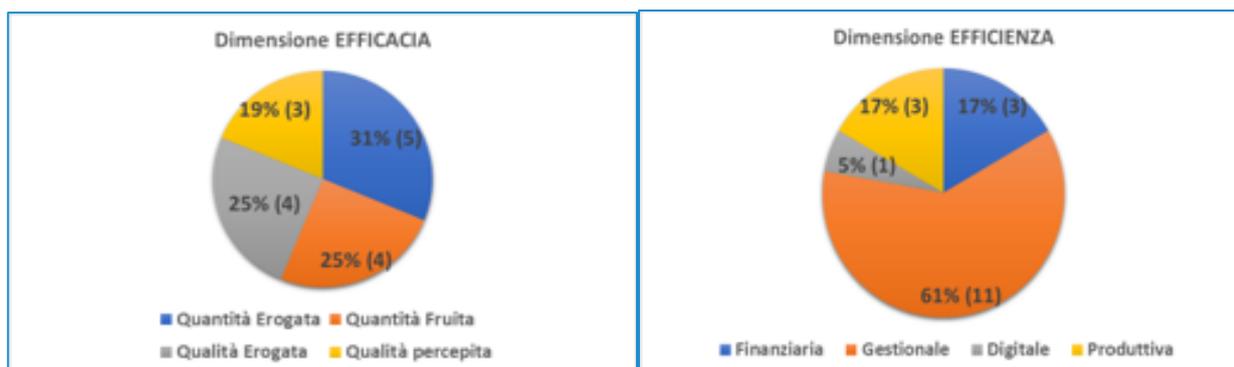
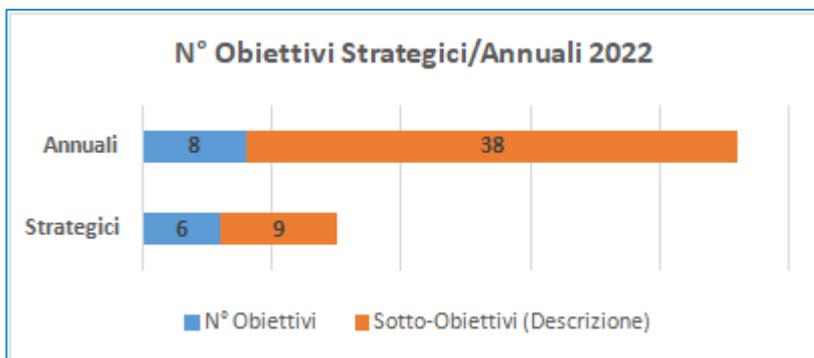
- a) gli indicatori di realizzazione/risultato con i relativi target;
- b) le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- c) gli impatti, con annessa descrizione, generati dal raggiungimento dell'obiettivo;
- d) le responsabilità organizzative, identificando, di norma, una sola fonte dove poter recuperare le informazioni per ciascun obiettivo.

In riferimento alle fonti utilizzate è bene precisare che è stato concluso il processo di informatizzazione del protocollo centrale dell'Istituto. Invero, è stato migliorato e rafforzato l'applicativo utilizzato per la protocollazione in modo da garantire un accesso più snello ed efficiente alle banche dati disponibili per semplificare la rielaborazione dei dati stessi da parte del Servizio di pianificazione e controllo di gestione.

Gli obiettivi e gli indicatori 2022 sono stati descritti e definiti con un maggior livello di dettaglio rispetto alle precedenti annualità, in particolare:

1. ogni obiettivo annuale è stato descritto in media con 4 sotto-obiettivi;
2. gli indicatori sono in linea con la dimensione e l'impatto;
3. le baseline di partenza derivano dai risultati degli obiettivi 2021.

Di seguito il dettaglio sia in termini quantitativi che in percentuale degli obiettivi e degli indicatori di performance 2022 dell'Ente:



Gli obiettivi definiti nel Piano della Performance 2022 saranno oggetto di valutazione per la performance organizzativa dell'Ente. Tali obiettivi sono stati definiti dal vertice dell'Ente a seguito di una condivisione nelle riunioni gestionali svolte con i capi dipartimento. Una volta definiti gli obiettivi strategici di Ente, attraverso un applicativo, i direttori dei dipartimenti hanno potuto definire i propri obiettivi di struttura ricollegandoli agli obiettivi dell'Ente. A seguire i capi reparto, sempre attraverso la stessa piattaforma, hanno potuto indicare la partecipazione agli obiettivi inseriti dalla struttura di appartenenza. In questo modo è stata garantita una coerenza tra la *vision* strategica dell'Ente e gli obiettivi di ogni singola struttura.

2.2 Performance Individuale

La performance individuale del 2022 verrà valutata entro il 30 giugno 2023; nello specifico, la valutazione sarà espressa solo per i dirigenti amministrativi, ai quali sono stati conferiti gli obiettivi con lettera protocollata durante il I trimestre del 2022. Sul punto il Collegio rileva che la misurazione e la valutazione della performance individuale deve riguardare anche il personale non dirigente. Il Direttore Generale ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Centrali e ai dirigenti/personale con incarichi di responsabilità afferenti alle strutture della Direzione Generale. I Direttori Centrali hanno conferito, a cascata, gli obiettivi ai dirigenti appartenenti alla propria struttura.

La valutazione avverrà mediante una scheda, con tre sezioni ponderate, così composta:

- sezione I: espletamento delle attività ordinarie, svolte dai dirigenti tenendo conto delle mansioni affidate all'Ufficio;
- sezione II: realizzazione di attività extra ordinarie (come effettuazione di attività complesse per effetto di imprevisti o per sostituzione di colleghi di altra struttura) o collegate al raggiungimento degli obiettivi comuni (promozione delle pari opportunità, dematerializzazione, efficientamento);
- sezione III: competenze manageriali e comportamenti (capacità di pianificazione/programmazione; problem solving; leadership e relazioni interne; competenze tecnico-professionali; competenze digitali; proattività e collaborazione).

La valutazione finale della performance individuale dei dirigenti è calcolata come "somma" delle tre sezioni della scheda. Il punteggio finale complessivo della valutazione è ottenuto dalla somma dei risultati percentuali delle tre sezioni per il peso di riferimento.

Nel dettaglio, in riferimento alla sezione III della scheda di valutazione, è stato esplicitato il catalogo dei comportamenti come di seguito esposto:

1. Capacità di pianificazione e programmazione
 - a. Conosce gli obiettivi strategici dell'Ente;
 - b. Presenta ai propri collaboratori gli obiettivi assegnati alla struttura diretta;
 - c. Assegna tempestivamente ai responsabili delle strutture afferenti gli obiettivi annuali in coerenza con quelli di riferimento;
 - d. Monitora e verifica lo sviluppo dei programmi/progetti della struttura;

- e. Stabilisce i programmi di lavoro delle strutture assegnate in coerenza con le scadenze dell'Ente.
2. Capacità di risoluzione delle criticità (problem solving)
 - a. Si attiva nella prevenzione dei problemi;
 - b. Di fronte ai problemi che non può risolvere autonomamente, propone delle soluzioni;
 - c. Utilizza al meglio la "delega";
 - d. Assume decisioni in presenza di questioni importanti e non rinviabili.
 3. Leadership e relazioni interne
 - a. Conduce attivamente le riunioni promuovendo la partecipazione;
 - b. Organizza le attività formative per il personale assegnato;
 - c. Trasmette le conoscenze possedute ai colleghi e fornisce loro il supporto necessario;
 - d. Gestisce al meglio gli eventuali conflitti interni,
 - e. È puntuale, rispetta gli orari, comunica eventuali ritardi.
 4. Competenze tecnico-professionali
 - a. Conosce la normativa di settore;
 - b. Aggiorna costantemente le proprie conoscenze;
 - c. Ricerca, analizza e adatta le best practices presenti in altre organizzazioni per migliorare il funzionamento dell'Ente.
 5. Competenze digitali
 - a. Ha dimestichezza con il pc e altre strumentazioni tecnologiche (scanner, stampanti, webcam);
 - b. Sa usare i programmi base (Word, Excel, Power point),
 - c. usa il computer per reperire, valutare, conservare, produrre, presentare e scambiare informazioni nonché per comunicare e partecipare a reti collaborative tramite Internet.
 6. Proattività e collaborazione
 - a. Ha la volontà di migliorarsi costantemente;
 - b. Crea nuove modalità nello svolgimento del lavoro;
 - c. Cerca nuove soluzioni;
 - d. Favorisce l'operato di altre strutture con attività trasversali;
 - e. È aperto al team building.

2.3 Processo di attuazione del ciclo della performance

La gestione del ciclo della performance e la sua implementazione mira a garantire l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle sue attività, nonché la qualità dei servizi erogati. Il ciclo della

performance si compone di diverse fasi, tra cui la pianificazione, la misurazione, la valutazione e il reporting, - fondamentali per l'identificazione degli obiettivi -, la definizione degli indicatori e dei target, la loro misurazione e comunicazione successiva.

Per l'anno 2022, l'Istituto si è posto l'obiettivo di sviluppare, con il supporto del Servizio Pianificazione e Controllo di Gestione, un sistema di pianificazione, programmazione e misurazione dei risultati e valutazione delle prestazioni svolte.

Il programma della pianificazione strategica e del ciclo della performance è stato impostato già nel 2020 e 2021 e si sviluppa nella programmazione per il triennio 2022-2024, come riportato nei seguenti atti e documenti:

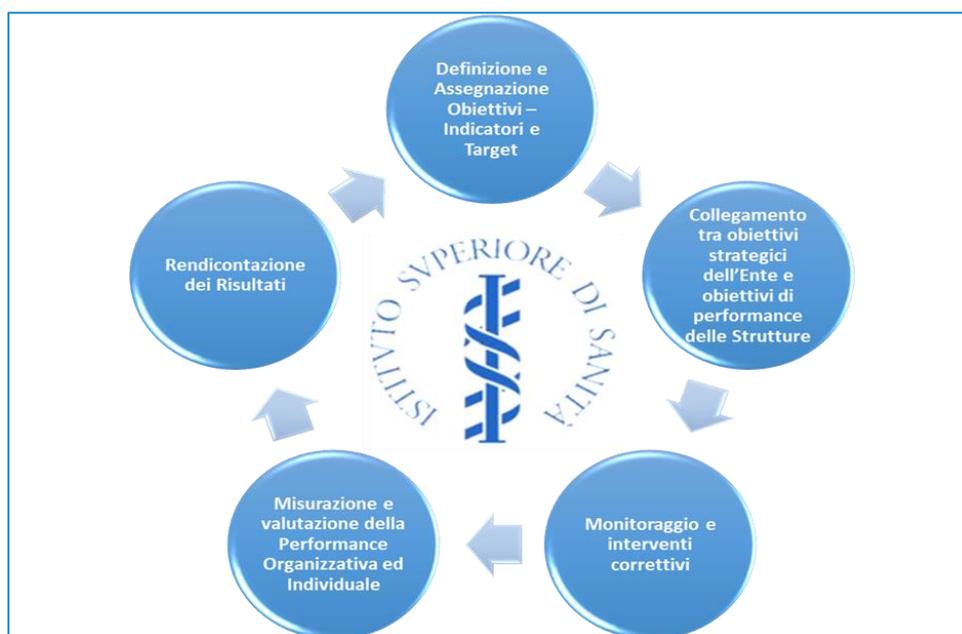
- con deliberazione del CdA n. 36 del 17.12.2019 è stato approvato il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- con deliberazione del CdA n. 2 del 28.10.2021 è stato approvato il Piano Triennale delle Attività 2022-2024;
- con deliberazione del CdA n. 3 del 28.06.2022 è stato approvato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione del 2022-2024.

I 5 pilastri dell'Ente di seguito riportati:

- Ente in continua evoluzione per rispondere alle sfide di sanità pubblica presenti e future;
- Snodo strategico per la ricerca italiana nel campo della salute;
- Nodo essenziale nelle reti della sanità pubblica italiana, europea e internazionale;
- Leader autorevole e indipendente in Italia, in Europa e nel mondo;
- Organizzazione aperta ai cittadini, enti, istituzioni italiane e internazionali;

sono le basi fondative dalle quali si sono sviluppati gli obiettivi strategici triennali e annuali dell'Ente. Ciascun obiettivo strategico prima di esser reso definitivo è stato condiviso con tutti i responsabili di struttura e solo successivamente, per ogni obiettivo strategico è stato definito uno o più obiettivi annuali, ognuno comprensivo di indicatore e target utilizzati in fase di monitoraggio per verificare il raggiungimento dell'obiettivo o eventuali scostamenti rispetto a quanto desiderato.

CICLO DELLA PERFORMANCE 2022



Il processo temporale di attuazione del ciclo della performance relativo all'anno 2022 viene qui di seguito rappresentato:

Adempimento	Scadenza	Adozione effettiva
PIAO 2022	30 giugno 2022	28 giugno 2022
Relazione sulla performance 2021	30 giugno 2022	28 giugno 2022
OIV- Validazione della Relazione performance 2021	30 giugno 2022	12 luglio 2022

La validazione è stata effettuata il 12 nel luglio 2022 a motivo del fatto che l'insediamento dell'OIV è avvenuto il 21 giugno 2022 e che è stato necessario approfondire i contenuti della relazione approvata dal CDA.

2.4 Infrastruttura di supporto

Dopo aver definito gli obiettivi di performance dell'Ente, sia strategici che annuali, in linea con la *mission* ed orientati alla creazione di valore pubblico, il Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione li inserisce nell'applicativo informatico interno dell'Ente: "Performance", così che tutte le strutture possano, a loro volta, definire i propri obiettivi collegandoli ad uno o più obiettivi dell'Ente.

Conseguentemente, ogni struttura inizierà con l'inserimento nell'applicativo dei propri obiettivi triennali, per ognuno dei quali dovrà popolare diversi campi, tra cui il "Titolo dell'Obiettivo Strategico"

e il “*Collegamento con l’Obiettivo Strategico dell’Ente*” (dovrà selezionare dal menù a tendina predisposto il relativo obiettivo strategico dell’Ente a cui collegare il proprio obiettivo di struttura), mentre il campo “*Collegamento con il Pilastro dell’Ente*” verrà popolato automaticamente dal sistema una volta scelto il collegamento con l’obiettivo strategico dell’Ente. Inoltre, per ogni obiettivo strategico inserito dalla struttura dovranno essere inserite le “*Azioni*” (annuali e triennali) che compongono l’obiettivo, ad ognuna delle quali dovranno poi esser collegati i rispettivi obiettivi annuali. Successivamente, nella sezione “*Inserimento/Modifica*”, relativa agli obiettivi annuali, l’utente potrà inserire i propri obiettivi annuali ed eventualmente modificare quelli precedentemente inseriti.

Ad ogni azione potranno esser collegati uno o più obiettivi annuali per ognuno dei quali si dovranno popolare obbligatoriamente i seguenti campi:

- *Il Collegamento con l’obiettivo dell’Ente*;
- la *Descrizione* dell’obiettivo annuale: in cui si descrive sinteticamente l’obiettivo scelto per concorrere alla realizzazione degli obiettivi proposti dall’Ente;
-
- l’**Indicatore** da utilizzare per misurare l’obiettivo annuale: si può scegliere un solo indicatore oggettivamente verificabile per ogni singolo obiettivo. Pur consigliando di evitare ripetizioni e scegliere un unico indicatore rappresentativo dell’obiettivo collegato, se si ritiene che concorrano più indicatori per il suo raggiungimento, è possibile ripetere l’inserimento dello stesso obiettivo collegandolo ad un indicatore diverso;
- il tipo di indicatore: quantitativo, qualitativo o temporale;
- il **Target** atteso nell’anno di riferimento: in cui si descrivere valore dell’indicatore atteso nell’anno di riferimento;
- la **Fonte** dalla quale si possano ottenere i dati necessari a rilevare quanto indicato nei campi indicatore e target: dove è possibile indicare dati validati e centralizzati, il cui reperimento di informazioni, necessario a rilevare quanto dichiarato nel target in fase di rendicontazione, sia tempestivo e di facile accessibilità.

Nel sistema è inoltre disponibile un campo di testo dove l’utente può riportare eventuali commenti/note.

Infine, ogni reparto della struttura (se presente) potrà, sempre attraverso l’apposito applicativo, in un’interfaccia dedicata, indicare se parteciperà o meno, dando il proprio contributo, alla realizzazione degli obiettivi inseriti dalla propria struttura.

L’applicativo, sia per quanto riguarda gli obiettivi triennali che per gli annuali, oltre al loro inserimento dà la possibilità all’utente di apportare eventuali modifiche e di consultare in qualsiasi momento quanto inserito. Inoltre, è possibile scaricare un report in formato excel con il dettaglio degli obiettivi complessivi inseriti dalla struttura. Attraverso l’applicativo viene data la possibilità di consultare anche quanto inserito nelle precedenti annualità. Tale processo fa sì che venga garantita una continuità con le precedenti annualità e una coerenza tra la *vision* strategica dell’Ente e gli obiettivi di performance di ogni singola struttura.

L'applicativo *Performance*, oltre a consentire l'inserimento degli obiettivi di performance dell'Ente e delle singole strutture, permette, - di svolgere un'attività di monitoraggio per il Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione, rendendo visibile in tempo reale l'andamento dei vari dipartimenti, centri e servizi in termini di: prodotti della ricerca, attività istituzionali, risorse umane, accordi e collaborazioni sottomesse. Questo sistema consente al Controllo di Gestione di sviluppare report tempestivi ed affidabili di monitoraggio sia a livello di struttura che in forma aggregata a livello di Ente, utili alla dirigenza per orientare e sostenere le proprie decisioni.

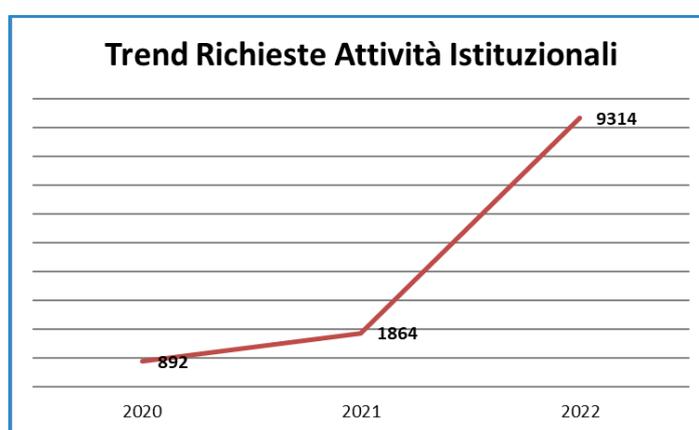
Nel corso delle prossime annualità l'Ente intende continuare nel progetto già intrapreso e proseguire nello sviluppo dell'applicativo sviluppando nuove sezioni al fine di integrare i sistemi interni che attualmente consentono il monitoraggio del raggiungimento sia degli obiettivi di performance che di quelli di anticorruzione. La realizzazione di un sistema di monitoraggio integrato tra performance ed anticorruzione sarà uno strumento utile per raccogliere in maniera continua, sistematica e sempre aggiornata le informazioni sull'andamento complessivo dell'intera organizzazione.

2.5 Utilizzo dei risultati del ciclo di misurazione e valutazione della performance

L'Istituto Superiore di Sanità ha compiuto importanti passi avanti nell'adempimento dei propri obiettivi di performance, raggiungendo la quasi totalità degli obiettivi programmati. Questo risultato è il frutto di un costante impegno nella realizzazione di attività di ricerca, di vigilanza e di formazione, finalizzate a migliorare la salute dei cittadini e a garantire una maggiore qualità della vita. Il raggiungimento di questo traguardo rappresenta un segnale tangibile della capacità dell'Istituto di rispondere alle sfide sempre più complesse del sistema sanitario, nonché di saper mettere in campo le competenze, le risorse e le tecnologie necessarie per garantire un servizio sempre più efficace ed efficiente. Nella relazione sulla performance, in corso di elaborazione, saranno illustrate e dettagliate le attività svolte dall'Istituto, le risorse messe in campo per il raggiungimento degli obiettivi e gli indicatori di performance utilizzati per monitorare i risultati raggiunti. Inoltre, in fase di pianificazione e programmazione dell'annualità 2022, si è evidenziata l'importanza della creazione di valore pubblico, considerando non solo l'impatto sanitario, ma anche quello sociale ed ambientale. Il tutto al fine di rendere conto ai cittadini del lavoro svolto dall'Istituto e di assicurare una maggiore trasparenza ed *accountability* nell'azione pubblica.

L'Istituto Superiore di Sanità ha compiuto importanti progressi anche nell'ambito della programmazione e definizione degli obiettivi di performance. Grazie ad un continuo lavoro di monitoraggio e valutazione delle attività svolte, l'Istituto è riuscito a individuare i punti di forza e di debolezza del proprio sistema di gestione della performance, apportando miglioramenti significativi nei processi decisionali e di pianificazione. La definizione degli obiettivi di performance, infatti, rappresenta un momento cruciale per il successo delle attività dell'Istituto, poiché consente di stabilire le priorità e gli obiettivi da perseguire nel breve, medio e lungo periodo. Grazie ad un approccio sempre più basato sulla condivisione con gli attori coinvolti, attraverso un processo di definizione degli obiettivi a cascata, l'Istituto è riuscito a migliorare la definizione degli obiettivi, rendendoli sempre più ambiziosi e misurabili, e a garantire una maggiore coerenza tra le attività svolte e gli obiettivi di performance stabiliti. Infatti, è possibile evincere come nella Relazione della Performance 2021, gli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti siano stati motivo di analisi

che ha dato vita ad una nuova elaborazione degli stessi per l'annualità 2022 in modo da facilitare un miglioramento continuo anche nella programmazione. Come, ad esempio, è emerso dalla misurazione dell'obiettivo annuale inerente la *“Creazione di un archivio informatico delle competenze professionali per la gestione di un piano di continuità e di definizione delle politiche di reclutamento e attivazione registro delle competenze”* che è risultato parzialmente raggiunto a causa dell'andata in quiescenza del personale afferente all'ufficio preposto. Questo ha permesso di strutturare una programmazione puntuale per il Piano assunzionale dell'Ente. Analogamente per gli obiettivi che sono stati raggiunti dall'Ente, la cui misurazione permette di definire ogni anno obiettivi sempre più sfidanti ma raggiungibili, nell'ottica di un miglioramento costante. Come avvenuto ad esempio per l'obiettivo, posto dal 2020, di informatizzazione della protocollazione, la scelta di utilizzare nel corso degli anni, per questo obiettivo, indicatori sempre coerenti e fattibili ha permesso di ottenere risultati importanti, portando l'Istituto a fascicolare digitalmente quasi il 100% delle attività.



Infatti, nel grafico soprariportato è possibile osservare l'andamento del numero totale di richieste istituzionali pervenute all'Istituto e registrate sul sistema di Protocollazione dell'Istituto (Numix). Va specificato che i numeri riportati nel trend non corrispondono al totale delle richieste effettivamente pervenute all'Istituto nei rispettivi anni, ma ne rappresentano una parte rappresentativa dell'evoluzione dell'utilizzo del sistema di protocollazione Numix. Il lavoro svolto dal Servizio di Pianificazione e Controllo di Gestione, congiuntamente al prezioso contributo da parte delle Strutture dell'Ente, ha permesso di rilevare un trend positivo e crescente circa l'utilizzo del sistema Numix.

Questi due esempi sono stati descritti per rappresentare l'effettiva utilità della misurazione della performance ai fini di un progressivo miglioramento della gestione dell'Ente.

2.6 Coerenza con la programmazione economico finanziaria

Il bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 dell'Istituto Superiore di Sanità è stato approvato con la deliberazione n.4 allegata al Verbale n.52 della seduta del Consiglio di Amministrazione del 28.10.2021. Il bilancio si articola in stretta correlazione con gli indirizzi generali proposti nel Piano Triennale di Attività 2022-2024 dell'Istituto, a sua volta caratterizzato dal naturale sviluppo delle linee di indirizzo del triennio precedente, arricchite dai programmi collegati al Piano

nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e al relativo fondo complementare, nonché dalle priorità emergenti dalla persistenza della pandemia SARS-CoV-2.

In uno scenario di finanza pubblica che, seppur ancora condizionato dalla pandemia, intende perseguire politiche di rilancio dei vari settori macroeconomici, lo spirito che ha ispirato l'elaborazione del bilancio di previsione è improntato a:

- rafforzare il ruolo nazionale e internazionale dell'Ente nei diversi settori;
- sviluppare l'innovazione necessaria a continuare a garantire un supporto tecnico scientifico altamente qualificato e indipendente al Paese;
- perseguire una capacità di spesa che utilizzi al meglio anche le risorse rimaste disponibili per spese e interventi rallentati a causa dell'emergenza;
- garantire un solido equilibrio economico, rispettoso dei parametri richiesti dalle norme, e allo stesso tempo in grado di rispondere in modo flessibile alle continue domande emergenti dalla pandemia e dagli altri settori della sanità pubblica.

Le missioni e i programmi del bilancio che hanno visto l'Istituto coinvolto e sui quali sono stati comunque orientati tutti gli obiettivi prefissati, riguardano:

MISSIONE	PROGRAMMA
Ricerca e innovazione	Ricerca per il settore della sanità pubblica
Tutela della salute	Prevenzione e promozione della salute umana

Con riferimento alle suddette missioni, in generale, l'anno 2022 ha rappresentato per l'Istituto una ripresa della capacità di spesa finalizzata sia allo sviluppo dell'attività di ricerca, anche sperimentale, sia dell'attività di supporto per la promozione di iniziative volte alla prevenzione e alla promozione della salute.

Delle risultanze anche finanziarie si darà conto nella relazione della performance dell'Ente.

3. Sistemi informativi ed informatici a supporto del PIAO e dell'attuazione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Relativamente alle verifiche circa gli obblighi sulla trasparenza e sull'integrità di cui all'art. 14, comma 4 lett. g) del D.lgs. 150/2009, si fa presente che in data 21 giugno 2022 questo Organismo ha proceduto alle verifiche relative agli obblighi di pubblicazione di competenza dell'Istituto riportati nella griglia allegata alla Delibera ANAC n. 201 del 13 aprile 2022; la delibera ha fissato al 31 maggio

2022 la data di rilevazione e al 30 giugno successivo il termine entro il quale l'attestazione dell'OIV avrebbe dovuto essere pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web del Ente. L'attività di rilevazione ha riguardato le sezioni indicate dalla delibera sopra richiamata e, in particolare:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15)
- 2) Enti controllati (art. 22)
- 3) Pagamenti dell'amministrazione (artt. 4-bis, 33, 41, co. 1-bis per amministrazioni e enti del servizio sanitario)
- 4) Pianificazione e governo del territorio (art. 39)
- 5) Interventi straordinari e di emergenza (art. 42) con esclusivo riferimento alla pubblicazione del Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid-19, ove ricevuti (art. 99, co. 5, D.L. 34/2020)
- 6) Altri contenuti – Prevenzione della corruzione (art. 10 d.lgs. 33/2013, art. 18, co. 5, d.lgs. 39/2013, l. 190/2012).

A conclusione delle operazioni sopra descritte, avvenuta con il contestuale esame della documentazione e delle banche dati, con colloqui con i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, nonché con la verifica diretta sul sito istituzionale, anche attraverso l'utilizzo di supporti informatici, sono stati compilati gli allegati alla delibera n. 201/2022 dell'ANAC, e, segnatamente, l'allegato 1.1 (documento di attestazione) 2.1 (griglia di rilevazione) e, da ultimo, l'allegato 3 contenente la scheda di sintesi della rilevazione degli OIV.

Tali documenti, come previsto dalla delibera ANAC sono stati – poi – regolarmente pubblicati e si rinvencono nel sito di Amministrazione Trasparente, nella sotto-sezione "controlli e rilievi sull'amministrazione - Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe".

Come risulta dai documenti sopra citati, non sono state rilevate anomalie nella pubblicazione dei documenti.

Per quanto riguarda, specificamente, gli obblighi di trasparenza, l'Ente ha provveduto alla adozione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O) 2022 – 2024 adottato in conformità di quanto previsto dall'art 6 comma 1 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con Legge 6 agosto 2021 n.113 ed ulteriormente modificato dall'art. 1 comma 12 del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228 (c.d. decreto "mille proroghe") convertito con Legge 25 febbraio 2022, n. 15.

Il documento citato è stato sottoposto alla approvazione del Consiglio di Amministrazione che, nella seduta del 28 giugno 2022 con deliberazione n. 3 allegata al verbale n. 58, lo ha adottato.

Nel documento citato, per quanto di rilevanza ai fini del presente documento, ed in conformità con la normativa di riferimento e con le delibere della Autorità nazionale anticorruzione, è specificamente contemplata una sezione dedicata alla "Amministrazione Trasparente".

Segnatamente, dopo avere rimandato alla avvenuta verifica, con esito positivo, della completezza dei dati in conformità con la delibera ANAC riferita all'anno 2022, il documento riporta una specifica

sezione dedicata alla *“definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili”*, cui si rimanda.

In tale contesto l’OIV ha avuto modo di individuare, in modo puntuale, le specifiche sotto-sezioni che sono conformi al D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. nonché, la frequenza di aggiornamento delle relative informazioni, ed i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati.

Per quanto concerne la specifica tematica relativa ai *sistemi informativi ed informatici per l’archiviazione, la pubblicazione e la trasmissione dei dati*¹ va rilevato come i dati/documenti che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria siano trasmessi generalmente in via telematica dagli uffici detentori dei dati medesimi al responsabile della pubblicazione.

Questi dispone di un archivio informatico organizzato con cartelle corrispondenti alle sezioni/sotto-sezioni in cui è articolata la sezione di amministrazione trasparente.

L’accesso alle cartelle è consentito al citato Responsabile ed ai dipendenti che con questi collaborano. Il successivo *“popolamento”* delle sezioni avviene attraverso una piattaforma informatica messa a punto dal competente settore informatico, che consente la collocazione, modifica e rimozione dei documenti pubblicati.

Tale piattaforma informatica è la stessa sulla quale si fonda tutto il *“portale”* internet dell’ISS, www.iss.it, che permette la gestione di tutti i contenuti e di tutti i documenti , scientifici, tecnici e amministrativi, che afferiscono alle molteplici attività svolte in ISS.

Inoltre, per alcune tipologie di sotto-sezioni, quali, ad esempio, quella relativa agli *incarichi conferiti ed autorizzati e Consulenti e Collaboratori* il dato è pubblicato dal competente Ufficio amministrativo e reso disponibile attraverso un collegamento con la apposita pagina web www.consulentipubblici.dfp.gov.it della Funzione Pubblica.

Per quanto riguarda la sotto-sezione *“Bandi di gara e Contratti”* si prende atto che in tale sotto-sezione risiede il *“database”* relativo agli obblighi dettati dalla Legge 190/2012, art.1, comma 32.

Ed infatti, è presente la specifica sotto-sezione denominata *“Ordini e Contratti”* conforme alle specifiche tecniche predisposte dall’ANAC.

Anche per altre tipologie di sotto-sezioni è stata adottata una procedura che consente all’ufficio detentore dei dati la immediata pubblicazione dei documenti di interesse; tale soluzione si rinviene per la pubblicazione dei documenti inerenti la sezione *“bandi di gara e contratti”*, *“bandi di concorso”* e *“Accordi stipulati con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche”*; in coerenza con tale impostazione il responsabile della pubblicazione dei dati è stato individuato, nel prospetto integrato nel PIAO, direttamente, nell’Ufficio detentore dei dati congiuntamente con il funzionario incaricato, che svolge una funzione di supporto.

Analogamente per le sotto-sezioni *“consulenti e collaboratori”* e *“sovvenzioni contributi sussidi vantaggi economici/Atti di concessione”*, l’inserimento delle informazioni nelle citate sotto-sezioni avviene tramite una procedura informatizzata che garantisce il flusso continuo e costante dei dati.

Per la sotto-sezione *“Opere pubbliche/Tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche”* sono stati realizzati collegamenti diretti con il portale *“openbdap – banca dati amministrazioni pubbliche, tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche, dati della finanza pubblica.”*.

¹ Si veda, in tal senso, la delibera della CIVIT n. 23/2013

Per la sotto-sezione “*Informazioni ambientali*” è, invece, vigente il collegamento con il Ministero dell’Ambiente.

Per quanto attiene al *monitoraggio sulla pubblicazione*, lo stesso avviene attraverso un controllo periodico - con cadenza trimestrale - effettuato dal responsabile della pubblicazione dei dati; qualora dal controllo emerga una carenza nella pubblicazione, lo stesso responsabile si interfaccia con la struttura di riferimento detentrica dei documenti (responsabile della trasmissione), chiedendo le opportune e necessarie integrazioni.

L’attività sopra descritta è supervisionata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Da ultimo l’OIV riscontra che, come riportato nel PIAO 2023-2025 di recente formulazione e adozione, l’ISS sta procedendo alla migrazione della sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE nel nuovo Portale ISS; tale adempimento garantirà la conformità della sezione con le specifiche tecniche che sono impiegate dal Settore Informatico per la gestione dell’intero sito *iss.it*.

4. Definizione e gestione degli standard di qualità

Come noto, gli standard di qualità di cui all’art. 11 D.lgs. 286/1999 esprimono i livelli minimi di qualità che devono essere assicurati agli utenti dai soggetti erogatori di servizi. Tali servizi devono essere erogati mirando alla tutela del cittadino, degli utenti e alla loro partecipazione alle procedure di valutazione e definizione degli standard qualitativi. L’Ente, in quanto Istituto di salute pubblica che persegue, nell’ottica del continuo sviluppo, azioni a supporto della collettività (ricerca, formazione, detentore di sorveglianze, emanatore di pareri) relativamente agli obiettivi di performance ed ha inteso avviare lo sviluppo di un sistema di valutazione che consenta al cittadino di esprimere una propria opinione e all’Ente stesso di misurare l’impatto sociale che le azioni compiute hanno prodotto sulla collettività.

Per quanto attiene ai *servizi gratuiti*, questo Organismo rileva che dai documenti contenenti i dati sulla gestione dei suddetti standard (le c.d. “Carte dei Servizi”), in seno all’Ente sono attualmente attive le seguenti iniziative di *counseling* telefonico:

- Telefono verde Fumo (c/o Centro Nazionale Dipendenze e Doping);
- Telefono verde Alcol (c/o Centro Nazionale Dipendenze e Doping);
- Telefono verde Droga (c/o Centro Nazionale Dipendenze e Doping);
- Telefono verde Gioco d’Azzardo (c/o Centro Nazionale Dipendenze e Doping);
- Telefono verde Antidoping (c/o Centro Nazionale Dipendenze e Doping);
- Telefono verde AIDS e IST (c/o Dipartimento Malattie Infettive – Unità di ricerca psico-socio-comportamentale);
- Telefono verde Malattie Rare (c/o Centro Nazionale Malattie Rare).

Risulta poi che lo stesso Centro Nazionale Dipendenze e Doping abbia sviluppato nel corso del tempo una serie di piattaforme (smettodifumare.iss.it; usciredalgioco.iss.it; piattaformaadisturbialimentari.iss.it; dipendenzainternet.iss.it) che forniscono specifiche mappature dei servizi territoriali di cura rivolti al cittadino e che sia stata predisposta una guida in formato digitale con alcuni consigli e buone pratiche per smettere di fumare in autonomia.

Inoltre, attraverso il servizio della Biblioteca, si dà atto di come l'Ente intenda soddisfare l'esigenza di fornitura di documenti e di documentazione, attraverso un servizio rivolto sia agli utenti interni (dipendenti) che all'utenza esterna, la cui Carta dei Servizi è pubblicata sul sito dell'Ente.

In tutte le "Carte dei Servizi", pubblicate nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale ai sensi dell'art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013, viene posta l'attenzione, oltre che alle dimensioni della qualità (tra cui tempestività, accessibilità, trasparenza ed efficacia), anche agli indicatori di misurazione della performance ed al loro relativo valore programmato per l'anno di riferimento. Tuttavia, risulta come non sia attualmente strutturato un sistema di raccolta dei feedback degli utenti finali e la successiva analisi, né un monitoraggio sullo stato di avanzamento degli obiettivi di qualità programmati.

Si intende rilevare altresì l'avvio di talune misure per migliorare l'esperienza degli utenti rispetto ai servizi digitali dell'Ente (erogati in rete), come l'istituzione di un'area dedicata alla Transizione Digitale con annessa nomina del Responsabile per la Transizione Digitale supportato da adeguata struttura e risorse. Tra i "Servizi in Rete" erogati dall'Ente si segnalano, a titolo esemplificativo, la gestione dei profili all'interno dei principali socialnetwork e la manutenzione del portale di epidemiologia per gli operatori sanitari "EpiCentro".

Infine, si fa presente come l'Ente fornisca, in base ad idoneo tariffario, "Servizi a terzi" a pagamento in regime di attività commerciale (per esempio: revisione di analisi, controlli su laboratori di analisi, controlli su medicinali, controlli su prodotti alimentari, ecc.), ciò anche attraverso l'Organismo Notificato, per il quale è presente un apposito tariffario.

In questo contesto di gestione delle relazioni con l'utente, si rileva come l'Ente prosegua la sua attività, anche per il 2022, attraverso le seguenti soluzioni organizzative:

1. Manutenzione, costante aggiornamento e pubblicazione del Registro degli Accessi (che ricomprende le istanze di accesso documentale, civico semplice e generalizzato) e *governance* del relativo processo operativo;
2. Monitoraggio dei ricorsi in giudizio proposti dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei (c.d. *class action*) con relativo obbligo di dare pubblica notizia degli stessi.

5. **Conclusioni** Questo OIV, nominato con Decreto del Presidente dell'ISS, n.77 del 23.05.2022, si è insediato in data 21 giugno 2022. L'attività svolta nel corso della richiamata annualità viene sintetizzata nel seguente schema:

Data	Sintesi attività
21/06/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.lgs. 33/2013 ed esame della bozza predisposta dal Responsabile del Servizio di Pianificazione e controllo di gestione per la Relazione annuale della performance 2021.
28/06/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Validazione della Relazione sulla Performance 2021 dell'Istituto Superiore di Sanità; - Documento di accompagnamento all'atto di validazione della Relazione sulla performance 2021 dell'ISS
05/09/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Avvio della verifica della Relazione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, anno 2021, ai sensi dell'art. 1, comma 8 bis L. 190/2012 introdotto dall' art. 41 D.lgs. n. 97/2016 e audizione del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e verifica della relazione medesima; - Prime valutazioni in ordine all'avvio del Ciclo della Performance contenuto nel Piano Integrato per l'Attività e l'Organizzazione 2022-2024 (PIAO) approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente in data 28 giugno 2022.
10/10/2022	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dei controlli interni (art. 14, comma 1, lettera a, del D.lgs. n. 150 del 2009) - Piano Integrato per l'Attività e l'Organizzazione 2022-2024, approvato dall'Istituto in data 28 giugno 2022; - Parere sulla bozza di aggiornamento del codice di comportamento dell'ISS; - Avvio verifica della relazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Istituto Superiore di Sanità da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ai sensi dell'articolo 1, comma 8-bis della L. n. 190 del 2012, come aggiunto dall'articolo 41 del D.lgs. n. 97 del 3 agosto 2016.
30/01/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Audizione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
27/02/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica dell'OIV dei risultati delle buone pratiche per la promozione delle Pari Opportunità, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. h) del D.lgs. n. 150 del 2009 s.m.i.; - Verifica della relazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza dell'Istituto Superiore di Sanità da parte dell'Organismo Indipendente di valutazione della performance ai sensi dell'articolo 1, comma 8-bis della L. n. 190 del 2012, come aggiunto dall'articolo 41 del D.lgs. n. 97 del 3 agosto 2016;

	- Nota metodologica sull' aggiornamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Istituto Superiore di Sanità.
--	---

Alla luce del processo di analisi e verifica compiuto nel corso del 2022 si registrano azioni di miglioramento del Ciclo di gestione della performance finalizzate al perfezionamento del sistema di individuazione degli obiettivi, di misurazione e monitoraggio delle azioni e di valutazione finale del raggiungimento degli stessi.

Fermo restando quanto sopra espresso, si forniscono alcuni spunti di riflessione e possibili affinamenti e miglioramenti dei sistemi oggetto di questa Relazione:

- In riferimento alle attività collegate al ciclo della performance, l'OIV ha riscontrato un miglioramento in relazione agli anni precedenti. In particolare, rispetto all'architettura di definizione e di assegnazione degli obiettivi, che coinvolge e copre, attraverso un processo a cascata, tutti gli attori coinvolti. Inoltre si è reso evidente l'impegno dell'Istituto nella definizione di obiettivi misurabili attraverso fonti centralizzate e convalidate e contestualmente si è riscontrato un'evoluzione nella scelta degli indicatori che, rispetto alle precedenti annualità, non si limitano alla misurazione delle attività svolte dall'Istituto in termini di produttività interna, ma per lo più sono volti a misurare i risultati e gli impatti sociali, finanziari, sanitari generati, principalmente in un'ottica di valore pubblico generato. Tuttavia, il SMVP in vigore richiede un puntuale intervento di adeguamento, come previsto dalla nota del Dipartimento della funzione pubblica 0000980-p- del 9 gennaio 2019, soprattutto per quanto riguarda il processo di misurazione e valutazione della performance individuale, cioè il conseguimento di obiettivi individuali, nonché i comportamenti organizzativi, tenuto comunque conto dei diversi profili professionali a cui applicare la valutazione;
- Al fine di perfezionare il monitoraggio delle attività e calibrare gli obiettivi 2023, nell'ottica del corretto andamento della rilevazione, vanno certamente applicati i correttivi proposti da questo OIV diretti al miglioramento di alcune prassi volte alla mappatura di stakeholder, con i quali è necessario lavorare e mantenere una relazione costante, in quanto "portatori di interesse" nei confronti dell'Ente. Questo OIV suggerisce, pertanto, di avviare un progetto pilota individuando anche un solo servizio verso i cittadini ed un servizio verso gli stakeholder istituzionali, poiché la valutazione partecipativa del cittadino concorre alla valutazione della performance organizzativa dell'Ente;
- Sia sul versante dell'anticorruzione che della trasparenza, si ricorda di monitorare l'evoluzione della specifica normativa di settore e di dare seguito alla progettualità dell'Ente con riguardo all'organizzazione di corsi specialistici per i componenti della Struttura di Supporto dell'RPCT;

- Si raccomanda di provvedere all'adozione di strumenti per rilevare il grado di soddisfazione degli utenti, interni ed esterni all'Ente in relazione alle attività e ai servizi erogati, nonché l'adozione di strumenti di analisi sull'indice di gradimento degli stessi;
- Preso atto che l'Ente intende, nel corso del 2023, implementare l'attuale sistema informatico il quale, al momento, non prevede la contabilizzazione del numero di visite effettuate nella sezione amministrazione trasparente, si suggerisce di dare seguito a tale iniziativa con l'introduzione di tale specifica caratteristica;
- Considerando l'impegno dell'Ente a rendersi conforme alle Linee Guida AgID e alla normativa in materia di transizione Digitale, si auspica che vengano messe in atto le opportune sinergie tra le strutture dell'Ente e il Responsabile della Transizione Digitale.

Per quanto attiene alle criticità si riporta un quadro sintetico delle principali criticità già riferite circostanziatamente nei quattro documenti innanzi citati:

Sistema di misurazione e valutazione della performance

L'aggiornamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance riveste un'importanza fondamentale, sia perché l'ultimo aggiornamento è fermo al 2019, sia per le carenze che sono state registrate dal Collegio e per le quali sono già stati formulati indicazioni e suggerimenti nell'apposita Nota metodologica. Nell'ambito di tale aggiornamento si ritiene che rivesta carattere prioritario l'adozione delle seguenti misure:

1. prevedere che tutto il personale dell'Istituto, ad eccezione dei ricercatori e dei tecnologi non aventi incarichi di responsabilità di struttura, debba essere assoggettato alla valutazione della performance, a prescindere dalla previsione della corresponsione dei premi di cui al titolo III del d.lgs n. 165 del 2001, e successive modificazioni, tenuto conto che gli esiti della valutazione hanno anche altre finalità;
2. prevedere che la valutazione debba riguardare sia la performance organizzativa, nelle sue diverse dimensioni (di Istituto nel suo complesso, di struttura organizzativa e di progetto), anche non alternative, sia la performance individuale, cioè il conseguimento di obiettivi individuali (diversi dalla declaratoria delle competenze affidate ai singoli uffici). Tale performance, in particolare, va disciplinata in attuazione delle linee guida del Dipartimento della funzione pubblica n. 5 del dicembre 2019 anche per il personale non dirigenziale, con esclusione, come detto *infra*, dei ricercatori e tecnologi privi della responsabilità diretta di strutture;
3. introdurre la valutazione partecipativa nella misurazione e valutazione della performance, tenuto conto di quanto previsto dalle apposite linee guida del Dipartimento della funzione pubblica n. 4 del novembre 2019, da parte dei cittadini/utenti interni, anche in forma sperimentale nella fase di avvio;

Prevenzione della corruzione:

1. Completare la mappatura di tutti i processi dell'ISS;

2. procedere al monitoraggio e all'eventuale aggiornamento delle "aree di rischio" già individuate nel corso degli anni, attraverso l'osservazione costante dei processi e delle attività nell'ambito dei quali è più elevato il rischio di corruzione o di *maladministration*, tenuto conto anche di quelle già individuate dal vigente Piano Nazionale Anticorruzione;
3. Effettuare il *risk assessment* sia per le aree riportate come prioritarie all'art. 1, comma 16, della legge n. 190/2012, sia per quelle indicate dall'ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione
4. Altre misure da individuare/ implementare
 - il monitoraggio delle misure previste dal codice di comportamento;
 - la realizzazione di un Piano della formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza;
 - l'aggiornamento delle norme di tutela del *whistleblower*;
 - i controlli sulle attività successive alla cessazione dal servizio (*postouffice*);
 - gli accertamenti rivolti a verificare l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi;
 - l'adozione di direttive sulla rotazione del personale.

Trasparenza

1. Adozione di misure procedurali e organizzative per la cancellazione dei dati pubblicati in "Amministrazione trasparente" alla scadenza dei termini di legge o la rettifica dei dati pubblicati.

2. Pubblicazione di "dati ulteriori", come quelli per esempio relativi ad attività extra ufficio dei dipendenti connesse a docenze e/o ricerca presso terzi, previa valutazione del rispetto della normativa in materia di privacy, in aggiunta a quelli previsti dal d.lgs. n. 33/2013, in particolare per le aree a maggior rischio così come suggerito dall'Anac nella delibera n. 831/2016 (PNA 2016).

3. Monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione e sul rispetto delle norme a tutela della privacy, con evidenza della data di pubblicazione/aggiornamento di ciascun dato presente nella sezione "Amministrazione trasparente".

4. Integrazione della trasparenza nel ciclo della performance, affinché questo ciclo possa comprendere, in modo organico e integrato, gli ambiti relativi alla stessa trasparenza, alla performance, agli standard di qualità dei servizi e alle misure in tema di integrità, prevenzione e contrasto della corruzione.

Presidente OIV

Componente OIV

Componente OIV